



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر ـ باتنة ـ

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

والعلوم الإسلامية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

التّدّين وعلاقته بالكفاءة الذّاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة

من إعداد الطالب: قريشي فيصل

تحت إشراف: د. جبالي نور الدين

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
أ.د. فرحاتي العربي	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة	رئيسا
د. جبالي نور الدين	أستاذ محاضر	جامعة باتنة	مقررا
د. بوقصة عمر	أستاذ محاضر	جامعة باتنة	عضوا
د. تغليت صلاح الدين	أستاذ محاضر	جامعة سطيف	عضوا

السنة الجامعية: 2010 / 2011

الإهداء

إلى الوالدين الكريمين جزاهما الله عنا خير الجزاء في الدنيا و الآخرة .

إلى جميع أفراد العائلة .

إلى زوجي وأولادي.

إلى جميع الأصدقاء و الأحباب .

إلى الدكتور جبالي نور الدين.

أهدي لهم هذا الجهد المتواضع.

شكر وتقدير

7 8 Mw x y z { | } ~ وَعَلَىٰ وَٰلِدَيَّ وَأَنۡ أَعۡمَلَ

صَٰلِحٗا تَرۡضَىٰهُ وَأَدۡخِلۡنِي بِرَحۡمَتِكَ فِي © ٱلصَّٰلِحِينَ ﴿١٩﴾ L النمل.

الحمد الله الكريم على توفيقه وتيسيره لإتمام هذه الرسالة.

أتقدم بجزيل الشكر للأستاذ المشرف جبالي نور الدين على ما قدمه لي من نصائح وتوجيهاته طيلة هذه الرسالة.

ولجميع الأساتذة وأخص بالذكر الأساتذة الأفاضل الذين قبلوا مناقشة هذه الرسالة.

وإلى كل من ساهم في إعداد هذه الرسالة من قريب أو بعيد، وخاصة الأستاذ رشيد داود ومدير المستشفى الجامعي بسطيف، ورئيس مصلحة مرضى القلب رشيد عجيسي وممرضيه، والأخصائي النفساني بن قرويش السعيد، وإلى بنات إخوتي واخواتي الويزة وكاتية، وبثينة وشيماء، وإيناس وآمال على ما قدموه لي من مساندة ومساعدة.إلى كل أولئك أقول لهم: جزاكم الله خير الجزاء.

ملخص الدراسة

اسم الباحث: فيصل قريشي

عنوان الدراسة: التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

أهداف الدراسة:

1 ـ التحقق من وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

2 ـ التحقق من وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام والإزمان والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

3 ـ التحقق من وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين فاعلية الذات بأبعادها والإزمان والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

4 ـ التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

5 ـ التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

منهج الدراسة: استخدم المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة ووصفها كما وكيفا.

عينة الدراسة: تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (62) مريضا من مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية المتواجدين بولاية سطيف، من بينهم (39) ذكرا، و(23) أنثى.

أدوات الدراسة:

1 ـ مقياس السلوك الديني إعداد موسى صبحي موسى القدرة (2007).

2 ــ مقياس فاعلية الذات إعداد نادية سراج جان (2000).

الأساليب الإحصائية المستخدمة: تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعاملات الارتباط، واختبار (ت) T.Test، وتحليل التباين الأحادي.

نتائج الدراسة:

1 ـ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

2 ـ عدم وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام والإزمان، في حين وجدت علاقة ارتباطية بين التدين بدين الإسلام والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

3 ـ وجود علاقة ارتباطية جوهرية سالبة بين فاعلية الذات ببعديها ـ التعايشية / المعرفية ـ والإزمان والسن، وانعدام تلك العلاقة بالبعدين الآخرين ـ الاجتماعية / الانفعالية ـ لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

4 ـ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

5 ـ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

التوصيات :

1 ــ ضرورة تحسيس المجتمع إلى أهمية ممارسة التدين قولا وفعلا.

2 ــ العمل على ربط المساقات الدينية والعلمية والأدبية بالتراث السيكولوجي.

3 ــ تصميم برامج إرشادية تؤدي إلى تعزيز سلوك التدين لدى مرضى القلب.

4 ــ إعداد بعض الأنشطة والتدريبات التي تساعد على تنمية فاعلية الذات لدى المرضى.

Résumé De l'étude

Nom du chercheur: korrichi Fayçal

Titre de l'étude: la religiosité et sa relation à l'auto-efficacité chez les patients atteints des troubles cardio-vasculaires.

Objectifs de l'étude:

1.Une vérification d'une relation de corrélation statistiquement significative entre la religiosité dans l'Islam et l'efficacité de l'auto-dimension chez les patients atteints des troubles cardio-vasculaires.

2. vérifier l'existence d'une corrélation importante entre la religiosité Islamique et la chronicité âge chez les patients atteints des troubles cardio-vasculaires.

3. vérifier l'existence d'une corrélation importante entre l'efficacité de l'auto-dimension de la chronicité et l'âge chez les patients atteints des troubles cardio-vasculaires.

4. vérifier l'existence des différences statistiquement significatives dans le degré de religiosité entre les patients souffrants des troubles cardio-vasculaires selon le sexe et le niveau d'éducation.

5. vérifier l'existence des différences statistiquement significatives dans le degré d'efficacité de l'auto-dimension entre les patients souffrant des troubles cardio-vasculaires selon le sexe et le niveau d'éducation.

Méthodologie: Utiliser une approche descriptive, qui repose sur l'étude du phénomène, décrivant la quantité et la qualité.

Échantillon d' étude: L'étude a été réalisée sur un échantillon de (62) patients atteints des troubles cardio-vasculaires dans la Wilaya de Sétif, dont (39) de sexe masculin, et (23) de sexe féminin.

Outils d'étude:

1.Une mesure du comportement religieux de Moussa Sobhi Moussa Elkodra (2007).

2. mesure de l'efficacité de l'auto-préparation Nadia Serradj Janne (2000).

Méthodes statistiques utilisées: L'utilisation des moyennes, Déviations standards, des coefficients de corrélation, de test (T), et d'analyse de variance unique.

Résultats de l'étude:

1.l'existence d' une relation de corrélation statistiquement significative entre la religiosité dans l'Islam et l'efficacité de l'auto dimension chez les patients atteints des troubles cardio-vasculaires.

2. Manque d'une corrélation significative entre religiosité dans l'islam et de la chronicité, alors que toute corrélation entre la religion de l'islam et l'âge des patients atteints des troubles cardiovasculaires.

3. Une corrélation négative importante entre l'efficacité de l'auto-dimension - biocénotique / cognitives - et de la chronicité, l'âge, et le manque de dimension pareilles relations autres - sociale / émotionnel - chez les patients atteints des troubles cardio-vasculaires.

4. Il n'ya pas de différence statistiquement significative dans le degré de religiosité chez les patients atteints des troubles cardio-vasculaires selon le sexe et le niveau d'éducation.

5. Il n'ya pas de différences statistiquement significatives dans le degré d'efficacité de la dimension auto-entre les patients souffrant des troubles cardio-vasculaires selon le sexe et le niveau d'éducation.

Recommandations:

1. La nécessité de sensibiliser la communauté à l'importance de la pratique religieuse en parole et en acte.

2. Les travaux sur le lien d'orientation de religion, scientifique et littéraire avec le patrimoine psychologique.

3. Conception des programmes de sensibilisation qui visent à renforcer le comportement de la religiosité chez les cardiopathes.

4. Préparation de certaines activités et d'exercices qui aident à développer l'auto-efficacité chez les patients.

فهرس المحتويات

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي

الفصل الثاني: التدين

الفصل الثالث: فاعلية الذات

الفصل الرابع: الاضطرابات الوعائية القلبية

الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس : منهج و إجراءات الدراسة

الفصل السادس: نتائج الدراسة ومناقشتها

فهرس الآيات القرآنية

75	87	l k j i h g f e d c b a
78	91 ـ 90	+ *) (' & % $ # " !

سورة الأنعام

75	141	v u t s r q p o n

سورة الأعراف

48	29	¶ ، رَبِّي بِٱلۡقِسۡطِۖ وَأَقِيمُواْ وُجُوهَكُمۡ عِندَ كُلِّ مَسۡجِدٖ
74	31	. , + *) (' & % $ # "
115	31	1 0 / . , + *)
75	32	@ ? = < ; : 9 8 7 6 5 4 3
79	157	Z Y X W V U
46	172	> = < ; : 9 8 7 6

سورة الأنفال

59	2	A @ ? > = < ; : 9 8 7
83	60	وَأَعِدُّواْ © مَّا ٱسۡتَطَعۡتُم مِّن قُوَّةٖ

سورة التوبة

71	103	u t r q p o n m l k j

سورة يوسف

61	87	*) (' & % $ # " !

سورة إبراهيم

60	27	E D C B A @ ? > =

سورة الحجر

45 — 29 ـ 28 — وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَٰٓئِكَةِ ´ µ ¶ ؍ صَلْصَٰلٍ

سورة النحل

75 — 5 — © خَلَقَهَا لَكُمْ فِيهَا دِفْءٌ وَمَنَٰفِعُ وَمِنْهَا تَأْكُلُونَ

74 — 14 — وَهُوَ ٱلَّذِى سَخَّرَ ٱلْبَحْرَ لِتَأْكُلُوا۟ مِنْهُ لَحْمًا طَرِيًّا

52 — 36 — L K J I H G F E D

75 — 69 ـ 66 — A @ ? > = < ; : 9 7 6 5 4 3

75 — 116 — { | } ~ أَلْسِنَتُكُمُ ٱلْكَذِبَ هَٰذَا حَلَٰلٌ وَهَٰذَا حَرَامٌ

سورة الإسراء

82 — 32 — b a ` _ ^ \ [Z

82 — 32 — b a ` _ ^

58 — 85 — وَيَسْـَٔلُونَكَ عَنِ ٱلرُّوحِ ۖ قُلِ ٱلرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّى وَمَآ أُوتِيتُم مِّنَ ٱلْعِلْمِ

سورة النور

82 — 31 ـ 30 — W V T S R Q P O N

80 — 58 — | } ~ لِيَسْتَـْٔذِنكُمُ ٱلَّذِينَ مَلَكَتْ أَيْمَٰنُكُمْ وَٱلَّذِينَ لَمْ يَبْلُغُوا۟

سورة القصص

41 — 77 — وَٱبْتَغِ فِيمَآ ءَاتَىٰكَ ٱللَّهُ ٱلدَّارَ ٱلْءَاخِرَةَ ۖ وَلَا تَنسَ نَصِيبَكَ مِنَ

سورة العنكبوت

70 — 45 — ٱتْلُ مَآ أُوحِىَ إِلَيْكَ مِنَ ٱلْكِتَٰبِ وَأَقِمِ ٱلصَّلَوٰةَ ۖ ´ µ

سورة الروم

81 — 21 — b a ` _ ^] \ [Z Y

الآية	رقمها	الصفحة
فَأَقِمۡ وَجۡهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفٗاۚ © ٱللَّهِ ٱلَّتِي فَطَرَ ٱلنَّاسَ عَلَيۡهَا	30	40
لَا تَبۡدِيلَ لِخَلۡقِ ´ ¶ ۚ ٱلۡقَيِّمُ	30	46
سورة فصلت		
! " # $ % & ' ( )	30	52
Z [\ ] ^ ` a b c d e	35 ـ 34	61
سَنُرِيهِمۡ ءَايَٰتِنَا فِي ٱلۡأٓفَاقِ وَفِيٓ أَنفُسِهِمۡ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَهُمۡ أَنَّهُ	53	58
سورة الأحقاف		
إِنَّ ٱلَّذِينَ قَالُواْ رَبُّنَا ٱللَّهُ ثُمَّ ٱسۡتَقَٰمُواْ فَلَا خَوۡفٌ عَلَيۡهِمۡ à هُمۡ	13	62
سورة الحجرات		
E F G H I J K L M	13	59
سورة النجم		
+ , - . / 0 1 2 3 4 5	4 ـ 3	68
سورة الحديد		
لِّكَيۡلَا تَأۡسَوۡاْ عَلَىٰ مَا فَاتَكُمۡ وَلَا تَفۡرَحُواْ بِمَآ ءَاتَىٰكُمۡ	23	59
سورة المدثر		
وَثِيَابَكَ فَطَهِّرۡ	4	65
سورة النازعات		
فَأَمَّا مَن طَغَىٰ ﴿٣٧﴾ وَءَاثَرَ ٱلۡحَيَوٰةَ ´ µ ¶ ۚ هِيَ ٱلۡمَأۡوَىٰ ﴿٣٩﴾	41 ـ 37	46
سورة الليل		
w x y z { | } ~ فَسَنُيَسِّرُهُۥ لِلۡيُسۡرَىٰ	7 ـ 5	72
وَأَمَّا مَنۢ بَخِلَ وَٱسۡتَغۡنَىٰ ﴿٨﴾ وَكَذَّبَ © ﴿٩﴾ فَسَنُيَسِّرُهُۥ لِلۡعُسۡرَىٰ	10 ـ 8	72

ر

فهرس الأحاديث النبوية

الأحاديث النبوية الشريفة	الصفحة

فهرس الجداول

19	معاملات ارتباط بيرسون بين درجات فاعلية الذات بأبعادها والسن.	198
20	نتائج اختبار (ت) لحساب الفروق بين درجة التدين تبعا لاختلاف الجنس.	199
21	نتائج اختبار (ف) لحساب الفروق بين درجة التدين تبعا للمستوى. التعليمي.	200
22	نتائج اختبار (ت) لحساب الفروق بين درجة فاعلية الذات بأبعادها تبعا لاختلاف الجنس.	201
23	نتائج اختبار (ف) لحساب الفروق بين درجة فاعلية الذات بأبعادها تبعا للمستوى التعليمي.	203

فهرس الأشكال

مقدمة:

لا يمكن فهم الإنسان فهما واضحا دقيقا، ولا تكوين مفهوما سليما عن صحته دون أن تفهم جميع العوامل المحددة لجوانب شخصيته، سواء أكانت عوامل بيولوجية أم روحية أم اجتماعية أم ثقافية. وقد أثبتت التجارب الطويلة فرضية التماشي مع القيم الدينية الأصيلة التي لا تزال قائمة في النفوس بشكل من الأشكال، وتعالج عادة الفرد مما يتخبط فيه من مشكلات صحية. وجل المرضى يفهمون هذا الخطاب، ولا يعيرون اهتماما لكلام آخر مثل الكلام الغامض المعقد الذي يستخرج من بعض النظريات شبه العلمية الغربية المصدر، وزد على ذلك ضرورة فهم المريض من الداخل والتماشي مع اعتقاداته وقيمه وإجمالا مع قواعد شخصيته الأساسية وهو المنهج الأفضل لمعاينته الدقيقة ولتركيز تشخيص مرضه بصفة قويمة ثابتة.

والتدين هو فطرة الله التي جبل عليها الجماعة الإنسانية، وعصب الحياة ودعامة السلوك الاجتماعي في جميع البلدان. بدأ منذ خلق الله الكون وما فيه ولن يختفي من الحياة وسوف يبق إلا أن يرث الله الأرض ومن عليها. و سوف يظل يمثل قوة جبارة للمجتمعات على اختلاف أشكالها وألوانها. وحاجة الإنسان للتدين أكيدة بسبب فقر العلوم الروحية ورغبة الإنسان في الخلود، والخوف من المجهول ومن المرض والموت والظلم. فالعلوم بمفردها لا تصلح أن تكون بديلة، ولا تستطيع أن تغنى عنه. العلوم لا تعرف شيئا عن الحق والعدل. ولا تستطيع أن تفسر سبب وجودنا؟ والحكمة من وجود هذا الخلق.

ومن لم يتدين بالدين الحق يتدين بغيره لأن الإنسان يستحيل أن يعيش بدون تدين، كما نجد لكل علم مجموعة من الأبعاد و الزوايا ينظر من خلالها إلى التدين، فبينما يحاول علماء الدين فهم عمليات التدين عن طريق الكتاب والسنة، يركز الباحث في علم النفس الصحة تحليل الخبرات العقلية والوجدانية والنفسية للتدين، و أثره على الصحة.

وأشار يونج كارل (Jung Carl) إلى أن المشكلات الصحية أساسها الافتقار إلى وجهة نظر دينية في الحياة. وأن الأفراد يكونون فريسة المرض لأنهم فقدوا الشيء الذي تمنحه الأديان القائمة في كل عصر لأتباعها، وأنه الشفاء الحقيقي لا

يكون إلا بعد أن يستعيد الفرد نظرته الدينية في الحياة. (نجاتي، 1993، ص. 269).

ومما سبق يستطيع الباحث النفسي دراسة التدين ليس من أجل التدليل على مصداقيته من عدمها بل من أجل ارتباطه بجوانب النفس البشرية، وعليه كان موضوع الدراسة الحالية التدين وعلاقته بفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، وتم التطرق فيها إلى مجموعة من العناصر والتي قسمت إلى قسمين: نظري وميداني.

فالجانب النظري تضمن أربعة فصول:

الفصل الأول احتوى على التعريف بالموضوع، وتحديد مشكلة البحث، والتعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث، وأهم الدراسات السابقة، وفروض البحث.

والفصل الثاني تضمن مفهوم التدين، والعوامل المؤثرة على مستواه، وأبعاده، ومراتبه، وأنماطه وخصائص كل نمط، كما تم التطرق فيه إلى علامات التدين المرضي، وعلاقته بمظاهر الصحة وأركانها، كما تم التوسع فيه إلى علاقة التدين بالطب الوقائي، وتم ختمه باهتمام الدين بالوقاية وعدم التحدث عن العلاج.

والفصل الثالث تعلق بمفهوم الفاعلية الذاتية ونظريتها، وأبعادها ومصادرها وأنواعها، و ختم الفصل بالخصائص العامة لمرتفعي ومنخفضي الفاعلية الذاتية.

والفصل الرابع شمل الاضطرابات الوعائية القلبية، وتناول فيه تركيبة القلب وعمله الطبيعي، ومفهوم الاضطرابات الوعائية القلبية والعوامل المسببة لها، وظواهرها الأساسية، وأنواعها، والتكاليف الناجمة عنها، وكيفية الحد من عبئها، وختم الفصل بذكر علاقة التدين وفاعلية الذات بالاضطرابات الوعائية القلبية.

أما الجانب التطبيقي فقد احتوى على فصلين: الفصل الخامس وتم فيه ذكر المنهج الذي اتبع في الدراسة الحالية، وخصائص العينة، وأدوات الدراسة وإجراءاتها، والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

أما الفصل السادس والأخير فجاء فيه عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها، وفيه تم تقديم حوصلة عامة لتلك النتائج، وختم الفصل بذكر بعض التوصيات والمقترحات.

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي

أولا ــ التعريف بالموضوع.

1 ــ دواعي اختيار الموضوع.

2 ــ أهمية الموضوع.

3 ــ أهداف الموضوع.

ثانيا ــ تحديد مشكلة البحث.

ثالثا ــ متغيرات البحث ومفاهيمه.

رابعا ــ الدراسات السابقة.

خامسا ــ فرضيات البحث.

خلاصة

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي

أولا ـــ التعريف بالموضوع:

التدين دافع من الدوافع الفطرية الأساسية في طبيعة تكوين الإنسان، فهذا الأخير يشعر في أعماق نفسه بدافع التدين يدفعه إلى البحث والتفكير لمعرفة خالقه وخالق الكون، وإلى عبادته والتوسل إليه والالتجاء إليه طالبا منه العون كلما اشتدت به مصائب الحياة وكروبها، وهو يجد في حمايته ورعايته الأمن والطمأنينة. نجد ذلك واضحا في سلوك الإنسان في جميع عصور التاريخ، وفي مختلف المجتمعات البشرية، غير أن تصور الإنسان في المجتمعات المختلفة خلال عصور التاريخ المختلفة لطبيعة الإله، والطريقة التي يسلكها في عبادته له قد تختلف تبعا لمستوى تفكيره ودرجة تطوره الثقافي، غير أن هذه الاختلافات في تصور الإنسان لطبيعة الإله أو طريقة عبادته إنما هي اختلافات في طريقة التعبير عن ذلك الدافع الفطري للتدين الموجود في أعماق النفس البشرية. (نجاتي، عثمان، 2001، ص ص. 49-50).

ويساعد التدين على الارتقاء بالصحة بالنسبة للكثيرين، فالناس الذين يمتلكون عقيدة دينية قوية، يقرون بوجود درجة أكبر من الرضا في حياتهم، ودرجة أكبر من السعادة الشخصية، وتأثيرات سلبية أقل لما تخلفه الأحداث الحياتية الصادمة، مقارنة بأولئك الذين ليس لهم ارتباط ديني رسمي (Ellison, 1991). ويفيد كثير من الناس بأن الدين يساعدهم في التعامل عندما يتعرضون للمواقف الحياتية الضاغطة. (Koenig, George & Siegler, 1988, Palmer & Noble, 1986) فالعلاقة الدينية المنتظمة تزود الشخص بالإحساس بالهوية الجمعية، من خلال إتاحة الفرصة له للانتماء إلى مجموعة من الأفراد يشاركونه في المعتقدات. (شيلي، تايلور، 2008، ص. 430).

كما أن التدين قد يساعد على التعامل مع الأحداث، لأنه يزود بنظام معتقدات، وبطريقة في التفكير بالأحداث الضاغطة، تجعل الناس يجدون معنى وهدفا لما يلاقونه من أحداث مفروضة ضاغطة لا يمكن تجاوزها. (Dull & Skokan, 1995).

وسلوك التدين لا يقل تأثيره عن تأثير العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الإنسان، حيث تشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة، بمعنى أن نشأة وحدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية ولو أن هناك مسببات أخرى لا تقل أهمية عن العوامل النفسية والسلوكية. (يخلف، عثمان، 2001، ص. 19).

وبسبب السلوكات المنافية للصحة نجد في الوقت الحالي انتشارا ذريعا للاضطرابات القلبية الوعائية حتى عدت على رأس الأمراض المزمنة المهددة للحياة، وتوسعت هذه الاضطرابات بشكل وبائي مما دفع منظمة الصحة العالمية تدق ناقوس الخطر، حول هذا الوباء الذي حاز على الرتبة الأولى في حصد أرواح المرضى، نتيجة التغير الاجتماعي، والتحديث الصناعي، وعولمة أنماط السلوك، لذلك فهي ترتبط بمجموعة من الأساليب السلوكية، والتي تعكس فعلا القيم والمبادئ الدينية التي يؤمن بها الفرد، وقد لاحظت منظمة الصحة العالمية سنة (2009) أن 80 % من أسباب الاضطرابات القلبية الوعائية تعود إلى عوامل سلوكية منها طريقة الغذاء، ونقص الممارسة الرياضية، والتدخين، والكحول ... وغير ذلك.

ونجد سلوك التدين يتنافى مع هذه العوامل السلوكية لأن بعض المعتقدات الدينية تقود إلى ممارسات صحية أفضل(E.g.Gorusuch, 1995)، وإلى صحة

أفضل (Krause, Ingersoll-Dayton, Laing, & Sugisawa, 1999)، ولعمر أطول (McCullough & all, 2000).(شيلي، تايلور، 2008، ص. 431).

ويرى الباحثون أن التدين يعد سياقا نفسيا ملائما، يستطيع من خلاله الأشخاص مواجهة المشكلات الصحية، ويزيد من فاعليتهم الذاتية وتوافقهم النفسي، ولذا تناولت عدة دراسات التدين في علاقته ببعض المتغيرات النفسية انطلاقا من تصور مفاده أن التدين كمخطط معرفي (Cognitive Schema) يساعد الأفراد على التوافق مع الصعاب، كما أنه يحسن من صحتهم النفسية والجسمية، ويزيد فاعلية التفاعل الذاتي الايجابي. فيرى ولف (Wulff) أن التدين قد يكون ملجأ للشخص من ضغوط الحياة، كما أنه يساعد الفرد على تنمية وعيه بإمكاناته النفسية. ويرى جامس وولس(James & Wells) أن العلاقة بين التدين والصحة النفسية يمكن تفسيرها من خلال متغيرين وسيطين هما التخفيف من أحداث الحياة المثيرة للشفقة، والتنظيم الذاتي لعمليات التفكير، أو ما يطلق عليه ضبط المراقبة المعرفية (Metacognitive Control). (الطاهرة، محمود، 2004، ص ص. 576-577).

وحسب نظرية فاعلية الذات لباندورا (Bandura) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات، والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية أي عندما تصبح فاعلية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد. (يخلف، عثمان، 2001، ص. 103).

وفاعلية الذات لا تنشط إلا من خلال تدين الفرد ومدى اعتقاده الراسخ في قدراته وشدة تدينه. وعلى ضوء ما سبق أراد الباحث أن يدرس موضوع التدين وعلاقته بفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، ليتضح الدور الذي يؤديه التدين وفاعلية الذات في مجال الصحة.

1 ــ دواعي اختيار الموضوع:

لم أتردد كثيراً في اختيار موضوع الدراسة ، وقد حفزني على هذا الاختيار الدواعي التالية:

أ ــ دواعي موضوعية:

إن دراسة التدين والأمراض القلبية الوعائية من المجالات الثرية بالمعطيات خاصة في الوقت الحاضر، لغياب السلوكات الدينية الصحيحة بسبب ترسب المفاهيم المغلوطة للدين الإسلامي، وكثرة انتشار الأمراض القلبية على الرغم من التقدم العلمي، والدواعي الباعثة لاختيار هذا الموضوع، عزوف الباحثين عن الخوض في هذا الموضوع نظرا لحساسية أحد متغيراته في الوقت الراهن، كما لم أعثر على دراسة سابقة أفردته بالبحث العلمي كما هو عليه الآن بمتغيري التدين بدين الإسلام والفاعلية الذاتية.

والإسهام العلمي المتواضع لإفادة المستشفيات والعيادات الخاصة، والأطباء، وعلماء النفس في العصر الذي تفشت فيه الأمراض المزمنة، وعلى رأسها الأمراض القلبية الوعائية.

وإضافة هذا الجهد المتواضع إلى المكتبة النفسية في علم نفس الصحة لتتحقق الفائدة العلمية لمن يرغب الرجوع لهذا البحث من طلاب العلم وغيرهم.

ويضاف إلى ذلك دافع لا يقل أهمية، وهو تلمس أجوبة حول مسألة أضحت غامضة في الوقت الحاضر، وهي مسألة السلوكات الدينية وعلاقتها بصحة الأفراد، وقد أشار علماء الإسلام إليها في كتبهم كأمثال (أبو نعيم، 2006)، و (الذهبي، 2004) ، و(ابن القيم، 1995) وغيرهم في كتبهم.

ب ــ دواعي ذاتية شخصية:

اختيار مواضيع الدراسة والبحث لا ينبع من فراغ، وإنما ينبع من ميولات ذاتية وشخصية، ودراستي لهذا الموضوع جاء نتيجة ميل شخصي لمثل هذه المواضيع، والمساهمة في التخفيف من معاناة مرضى الاضطرابات القلبية الوعائية ومشاركتهم آلامهم. إضافة إلى الرغبة في خدمة التراث الإسلامي، لأنّ هذا الأخير ما يزال في حاجة إلى جهود الباحثين لربطه بالعلوم الحديثة.

2 ــ أهمية الموضوع:

تتبع أهمية البحث الحالي من أهمية المتغيرات المدروسة فيه، ونحاول في هذا البحث الكشف عن طبيعة العلاقة بين متغيرات البحث، وتتمثل أهمية إجراء البحث الحالي كذلك في العديد من الاعتبارات النظرية والتطبيقية على النحو التالي:

أ ــ الأهمية النظرية:

يسعى البحث الحالي إلى المساهمة في إثراء جانب مهم من مجالات البحوث الصحة النفسية، وهو التدين وفاعلية الذات ومعرفة طبيعة العلاقة بينها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية في البيئة المحلية.

ويحاول الكشف عن طبيعة هذه العلاقة بين متغيرات الدراسة، وتناول متغير التدين الذي يحتل جانبا هاما من الوجود الإنساني، وله علاقة وثيقة مع فاعلية الذات إيجابا وسلبا. واهتم بفحص التدين من الناحية السيكولوجية لمعرفة علاقته وتأثيره على صحة الأفراد، وخاصة مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية. كما سلط الضوء فيه على مفهوم التدين من وجهة نظر إسلامية، وتعد هذه الدراسة كإضافة إلى التراث السيكولوجي الإسلامي.

وتناول في هذا البحث أيضا متغير فاعلية الذات الذي يعد أحد موجهات السلوك، فعندما يعتقد الفرد في فاعليته الذاتية فإنه يميل إلى أن يكون أكثر إنجازا وتقديرا لذاته، وتكون قدرته على التحكم في المشكلات الصحية التي يواجهها مرتفعة، ويكون أكثر دقة في أنماط قراراته التي تمسه وتمس الآخرين.

وتبرز أهميته أيضا في أهمية الشريحة التي تناولها ألا وهي مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، وهي شريحة تعاني مشكلات وأزمات صحية ونفسية عديدة، وتحتاج إلى العناية أكثر في جميع المجالات من أجل أن تتعايش مع المرض الذي تعاني منه، وتحافظ على أداء السلوك الصحي وتمارسه فعليا.

ب ـ الأهمية التطبيقية:

تكمن أهمية إجراء البحث في انعدام الدراسات العالمية والمحلية التي تناولت موضوع التدين وعلاقته بفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية على حسب علم الباحث. وتظهر الأهمية التطبيقية لهذا البحث فيما تسفر عنه من نتائج يمكن من خلالها توجيه المرضى والمسؤولين عنهم إلى الاهتمام بالتدين والرفع من مستواه، ومراعاة فاعلية الذات. ومعرفة العلاقة بين متغيراته قد تساهم في زيادة الفهم والوعي بتأثير كل منهما في الآخر، وذلك قد يؤدي إلى مساعدة علماء النفس، والأطباء والمسؤولين عن الصحة في معرفة مستويات التدين، ومدى مساهمته في رفع مستوى الصحة لدى الأفراد.

وأخيرا من خلال ما تسفر عنه نتائج هذا البحث، فإنه يفيد في نواحي العلاج النفسي والإرشاد والتوجيه بكيفية التعامل مع المرضى وإعادة استبصارهم بأنفسهم من خلال تمسكهم بدينهم، واعتقادهم في قدرتهم، وفاعليتهم الذاتية ومدى تأثيرهذه المتغيرات على مشاكلهم الصحية.

3 ــ أهداف الموضوع:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة التدين وعلاقته بأبعاد فاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، لذلك فإنه يسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

أ ــ الكشف والتعرف عن علاقة التدين بأبعاد فاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

ب ــ التحقق من وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام و فاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

ج ــ التحقق من وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام ومدة المرض (الإزمان)، والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

د ــ التحقق من وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين فاعلية الذات بأبعادها ومدة المرض (الإزمان)، والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

هـ ــ التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

و ــ التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

ز ــ إظهار دور مستوى التدين في الوقاية من المشكلات الصحية.

ح ــ التعرف على مدى التأثيرات الاجتماعية والنفسية والروحية على مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

ثانيا ــ تحديد مشكلة البحث:

الدين جزء أساسي من حياة البشر في كل زمان ومكان، والإنسان عبارة عن تفاعلات بين معتقداته الدينية والحياة والكون، والدين يلعب دورا أساسيا في الصحة وإن كان الشائع عند الناس أن علم النفس يقف موقفا عدائيا من الدين إلا أن الواقع يدل على أن هذه العلوم اهتمت بالدين والتدين كمؤشر أساسي وحقيقي في الصحة ماعدا المدرسة التحليلية اعتبرت الدين وسواس قهري للشعوب. لكن في العقود الأخيرة اتجه الباحثون اتجاها مخالفا لمدرسة التحليل النفسي ونذكر ما ذهبت إليه منظمة الصحة العالمية من أن الدين يعد بعدا رابعا، ونادى الكثير بأهمية الدين والتدين مثل بيكر وفرانكل، ثم ظهرت مدارس جعلت الإيمان جزءا أساسيا من البرامج العلاجية للإدمان.

ويشير كوينغ (koenig) (2004) في هذا المجال أن (500) من أصل (700) من البحوث التي أجريت قبل عام (2000) أظهرت 71 % منها أن هناك علاقة بين الدين والصحة النفسية. (Koenig, H. G., 2004, 97(12), p. 1195).

وقد جربت منظمة الصحة العالمية، والمكتب الاقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط خاصة في البرامج الصحية التي تنفذ مع الدول الأعضاء، أن تأخذ بنظر الاعتبار التقاليد والثقافات المحلية التي هي مستمدة أصلا من العقيدة الدينية، فكان لهذا أكبر الأثر في نجاح تلك البرامج الصحية وفي الاستجابة لها على أفضل وجه. (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض متوسط، 1992، ص. 2).

ولا يخفى على أحد الانتشار الواسع للأمراض المزمنة، والأعباء التي تخلفها هذه الأخيرة حيث جاء في صحيفة وقائع لمنظمة الصحة العالمية: "أمّا على مستوى الاقتصاد الكلي، فإنّ الأمراض الوعائية القلبية تفرض عبئاً فادحاً على

اقتصادات البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وتشير التقديرات إلى أنّ أمراض القلب والسكتة الدماغية وحالات السكري تسهم في خفض الناتج المحلي الإجمالي بنسبة تتراوح بين (1 ــ 5) % في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل التي تشهد نمواً اقتصادياً سريعاً، وذلك بسبب وفاة العديد من الناس في سنّ مبكّرة. فمن المتوقع، مثلاًك أنّ الصين ستخسر (558) مليار دولار أمريكي من دخلها القومي على مدى السنوات العشر القادمة (2006-2015) بسبب التوليفة المتمثّلة في أمراض القلب والسكتة الدماغية والسكري. (منظمة الصحة العالمية، أيلول/ سبتمبر، 2009).

من أجل تلك الأسباب اهتم كثيرا من الباحثين في علــم الــنفس بــالمتغيرات الفاعلة في الأمراض المزمنة، وفهم آثارها الاجتماعية المنجرة عن ذلك. كما نجد علماء النفس والصحة أيضا أولوا عناية خاصة بالأعراض التي تصيب شخصــية الفرد المصاب بمرض مزمن، فكلما كان بنــاء الشخصــية ســليما كانــت تلــك الأعراض أقل حدة وشدة، أما إذا كانت الشخصية ضعيفة فالأعراض تكون أكثــر شدة وحدة. وبالتالي تصبح في المستقبل عائقا شديدا يصعب تخطيه، ومــن هــذه الأعراض التي تظهر على المرضى المزمنين: القلق، العزلة، الاكتئاب، الإحباط، الخوف من الموت، والتي سوف تسرع في القضاء على حياة الأفراد المصــابين بها، خاصة مرضى ارتفاع الضغط الدموي، ومرضى الاضــطرابات الوعائيــة القلبية ... والمرض هنا يمثل حالة دائمة، كما أنه يحمــل دلالات مهــددة للحيــاة نفسها، وتختلف الردود النفسية من مريض لآخر.

وتفيد الدراسات والبحوث أن رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئاً لما تواتر واستقر في الأذهان من سنين طويلة عن مضاعفات المرض الضارة، وردود الفعل النفسية تختلف من مريض لآخر اختلافا كبيراً، وتتمثل في إما أن يكون الرفض والإنكار هو رد الفعل الشائع، فبعض المرضى قد يتعمد عدم إتباع

النظام الغذائي، أو الإهمال في علاج المرضى، أو تناول العقاقير كأنما يتحدى نفسه، وهناك أيضاً التمرد على العلاج وهو جانب من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على أكل وشرب المريض فما من أحد يمكن أن يقبل التحكم الكامل طوال الوقت ولمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه أو قد ينشأ خوف شديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض المرضى وخاصة ذوي الشخصية الوسواسية، وإذا زاد الخوف عن حده فإنه يسبب للمريض اكتئاباً، ويحول حياته إلى حياة منكمشة على نفسها. وأخيراً هناك الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود المرض في أسرة واحدة حيث ينتاب المريض شعور بأن المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت في الماضي الأمر الذي يؤدى بالمريض إلى حالة من الإحباط. (محمد صلاح الدين إبراهيم، 1993، ص. 119).

ومنه يمكن القول بأن المرض ليس بالضرورة هو المظهر لتلك الأعراض إنما سمات الشخصية لدى الفرد من إيمان واعتقاد فهي متغيرات أخرى تلعب دورا في ظهور المرض. وهو ما يقودنا إلى القول بأن فاعلية الذات تؤثر في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف والدوافع والوجدان وانتقاء المعلومات من بيئتنا. وأنها ليست مجرد مشاعر عامة، ولكنها تقويم من جانب الشخص لذاته عما يستطيع القيام به، ومدى مجاهدته وللجهد الذي سيقوم به، وتكيفه مع المواقف المنغصة والمعقدة، وتحديه للمشكلات ومقاومته للفشل.

وتعد فاعلية الذات من أهم آليات الشخصية حيث تحوز مكانا هاما في تنشيط دافعية الأفراد للقيام بأي فعل وتساعد الشخص على تدبر الضغوط التي تعيق مراحل حياته المختلفة. كما أن الاعتقاد في الفاعلية من الجهة المعرفية يحدد مدى قدرة الشخص على التواصل الاجتماعي، وبناء علاقات متينة ناجحة، ويؤدي إلى التأثير في تقييمنا لأغراض الحياة وتلقي المعلومات بطريقة خاصة بنا. كما تترك بصماتها في طريقة تعاملنا مع الاضطرابات النفسية، وتؤثر على الجانب الحيوي

الوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة. وكلما كان اعتقاد الفرد قويا استطاع تجاوز التحديات والمواقف المعرقلة والمثبطة.

وقد أشار الطراونة (2005) إلى أن اعتقاد الفرد في فاعليته الذاتية يجعله أكثر تفهما لاهتماماته وأهدافه وسلوكه، كما يضع لنفسه أهدافا بعيدة المدى ويبذل الجهد في مواجهة الفشل، وأن تحقيق التغير الإيجابي في السلوك يعتمد على تمتع الفرد بمعتقدات إيجابية عن الذات. (الطراونة، 2005، ص. 12).

وإذا كانت معتقدات الفرد تشكل آلية من آليات التأثير في السلوك وتوجيهه وضبطه في مواجهة مشكلات الحياة، فإن التدين من حيث هو جزء من هذه المعتقدات ويترجم فهم معين للمعتقد الديني متورط بشكل أو بآخر في ما يعرف بالفاعلية الذاتية من حيث القدرة على مواجهة الصعوبات والأمراض، والتقبل والرفض للمرض، والتعايش مع الأمراض المزمنة، والتدين بشقيه العقدي والسلوكي يساهم في رفع فاعلية الذات لدى الأفراد، لأن صلاح السلوك يتناسب طردا مع سلامة الأفكار والمعتقدات، وأن الإيمان بالشيء يحتاج لعقيدة قوية. وحين نلاحظ أنواع السلوك العادي في الحياة نجد أن الإرادة تتصرف بتوجيه من المفاهيم الثابتة في النفوس الممثلة لعقائد الحياة.

ويرى باندورا (Bandura) (1989) أن الأفراد ذوي المعتقدات الإيجابية يكونون أكثر قدرة على التحكم في المشكلات التي تواجههم، كما أن مستوى الفاعلية الذاتية لدى الفرد يتوقف على الاستفادة من الخبرات السابقة فهي العامل الأساسي الذي يبرر شعور الفرد بالثقة بالنفس وتقدير الذات. (المشيخي، 2009، ص. 8).

ويرى الباحث أن إدراك الأفراد لقدراتهم يؤثر على الخطط التي يعدونها مسبقا، فالذين لديهم تدين مرتفع ينتج عنه إحساس مرتفع بفاعلية الذات فيرسمون خططا ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية للتعامل مع المشكلات الصحية، بينما الذين يقرون بتدني مستوى تدينهم يحكمون على أنفسهم بعدم الفاعلية،

وبالتالي يرسمون خططا فاشلة مما يؤدي إلى الفشل في التعامل مع المشكلات الصحية.

وهو ما سنبحثه في المشكلة التي تواجهنا على مستوى العلاقة بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، ويمكن التعبير عنها بصياغة التساؤلات التالية:

1 ـ هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية؟

2 ـ هل توجد علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام والإزمان والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية؟

3 ـ هل توجد علاقة ارتباطية جوهرية بين فاعلية الذات بأبعادها والإزمان والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية؟

4 ـ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي؟

5 ـ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي؟

ثالثا ــ متغيرات البحث ومفاهيمه:

من أهم المصطلحات المستخدمة في هذا البحــث التــدين، فاعليــة الــذات، الأمراض الوعائية القلبية وفي ما يلي تعريف موجز لهذه المصطلحات:

1ــ تعريف التدين:

نظرا لاحتواء البحث الحالي لعدد من الدراسات الغربية ومفهوم التدين لــديها يختلف عن مفهومه في الإسلام، نذكر تعريفا للتدين من وجهة نظر الغربيين ثــم نقدم التعريف الإسلامي للتدين.

جاء في قاموس "هريتج الأمريكي" (1982) تعريف التدين (religiousity) على أنه: "**حالة كــون الفــرد مرتبطــا بــدين**". (The American Heritage 1982, p. 1044 Dictionary,).

أما مفهوم التدين في العقيدة الإسلامية فهو: التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح (الإيمان باللَّــه، وملائكته، وكتبه، ورسله، وباليوم الآخر، وبالقدر خيره وشره) ، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمره اللَّــه به، والانتهاء عن إتيان ما نهى اللَّــه عنه.

وأما التعريف الإجرائي للتدين فهو الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من خلال إجابتهم على بنود مقياس سلوك التدين المستخدم في هذه الدراسة .

2 ــ تعريف فاعلية الذات self-efficacy :

يعرف باندورا (1997) فاعلية الذات على أنها معتقدات الفرد بشان قدرتــه على تنظيم وأداء سلسلة من الأنشطة المطلوبــة لانجــاز مهمــة معينــة. (Bandura, A. , 1997).

وأما العدل (2001) فيشير إلى أن فاعلية الذات هي ثقة الفرد في قدراته خلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب الكثيرة وغير المألوفة، أو هي اعتقادات الفرد في قوة الشخصية مع التركيز على الكفاءة في تفسير السلوك دون المصادر أو الأسباب الأخرى للتفاؤل. (العدل، 2001، ص. 131).

وأما التعريف الإجرائي لفاعلية الذات فهي الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من خلال إجابتهم على بنود مقياس فاعلية الذات المستخدم في هذه الدراسة.

3 ـ تعريف الأمراض القلبية الوعائية:

جاء في مجلة منظمة الصحة العالمية (صحيفة وقائع رقم: 317): " الأمراض القلبية الوعائية مجموعة من الاضطرابات التي تصيب القلب والأوعية الدموية وتلك الاضطرابات تشمل ما يلي:

ـ أمراض القلب التاجية (أمراض تصيب أوعية الدم التي تغذي عضلة القلب).

ـ الأمراض الدماغية الوعائية (أمراض تصيب الأوعية التي تغذي الدماغ).

ـ الأمراض الشريانية المحيطية (أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الذراعين و الساقين).

ـ أمراض القلب الروماتيزمية (أضرار تصيب العضلة القلبية و صمامات القلب) جراء حمى روماتيزمية ناجمة عن جراثيم العقديات.

ـ أمراض القلب الخلقية (تشوهات تلاحظ عند الولادة في الهيكل القلبي).

ـ الخثار الوريدي العميق أو الانضمام الرئوي (الجلطات الدموية التي تظهر في أوردة الساقين والتي يمكنها الانتقال إلى القلب والرئتين)". (منظمة الصحة العالمية، أيلول / سبتمبر، 2009).

رابعا ــ الدراسات السابقة:

1 ــ الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى:

درس كل من شافر ولينور وساد (Shaver, Lenauer & Sadd) (1980) العلاقة بين التدين والتحول والسعادة النفسية الذاتية ــ دين العقل السليم لنساء أمريكا المعاصرات ــ لدى عينة قدرها (2500) امرأة أمريكية متوسط عمرهن 35.46 سنة.

واستخدموا الأدوات التالية: استبانة مكونة من (97) عبارة لقياس عدد من المتغيرات (219) متغيرا من أهمها: مقياس التدين مكون من ثلاثة أجزاء هي: الاعتقادات، الممارسات، ماذا يجب تعليمه للأطفال من أمور الدين. ومقياس الصحة النفسية مكون من (12) عبارة.

وخلصوا إلى نتائج أهمها: هناك علاقة موجبة دالة إحصائياً بين التدين والشعور بالسعادة النفسية، كما أن هناك علاقة سالبة دالة إحصائياً بين التدين والشعور بالضغط والصراع. (Shaver, Lenauer, & Sadd, 1980, p. 1563).

الدراسة الثانية:

حلل كل من ستاك وكانافي (Stack & Kanavy) (1983) تحليلا بنائيا أثر الدين على الاغتصاب بالقوة لدى عينة أفراد من خمسين ولاية أمريكية عن طريق النشرات الإحصائية لعامي (1970 – 1971) م.

وتناول الباحثان المتغيرات التالية: عدد السكان، العرق، الهجرة، العمر، السكن في المدن، الدخل، البطالة، معدل تعاطي الكحول، معدل المساجين، مستوى التعليم. وأجريا الدراسة على متغيرين هما: نسبة الكاثوليك في المدن، عدد جرائم الاغتصاب في تلك المدن، واستخدما طريقة إحصائية هي تحليل الانحدار المتعدد لتحليل المعلومات. وتوصلا إلى نتائج أهمها: علاقة سالبة بين معدل الاغتصاب بالإكراه ونسبة الكاثوليك. (Stack & Kanavy, 1983, pp. 68-73).

الدراسة الثالثة:

درس كل من هادواي وإيلفسون وبيترسن (Hadaway, Elifson & Petersen) (1984) العلاقة بين الممارسة الدينية واستخدام المخدرات لدى المراهقين في المدن على عينة قدرها: (600) طالب وطالبة من البيض، من 21 مدرسة ثانوية عامة (301) ذكرا و (299) أنثى، تتراوح أعمارهم بين (12 - 18) سنة، وهم من منطقة دي كالب في مدينة أتلانتا بولاية جورجيا من الولايات المتحدة الأمريكية. استخدموا في دراستهم مقابلات منزلية بواسطة باحثين شباب من البيض، ومقياسا الموقف تجاه التعاطي، والتعاطي الفعلي خلال السنة الماضية لكل من: الخمور، المارجوانا، وستة أنواع أخرى من المخدرات. واستخدموا لقياس التدين مقياسا مكونا من ستة أبعاد. وخلصوا إلى نتائج أهمها: هناك علاقة سالبة دالة إحصائياً بين المواقف من تعاطي الخمور والمخدرات ومقاييس التدين المختلفة، كما أن هناك علاقة سالبة دالة إحصائياً بين التعاطي الفعلي للخمور والمخدرات ومختلف مقاييس التدين الواردة في الدراسة. (Hadaway, Elifson, & Petersen, 1984, pp. 113-124).

الدراسة الرابعة:

درس كل من أدلف وسمارت (Adlaf & Smart) (1985) العلاقة بين استخدام المخدرات والانتساب للدين على عينة بلغ عددها (2066) طالباً وطالبة من منطقة اونتاريو الكندية، منهم (1031) طالب، و(1035) طالبة متوسط أعمارهم (14.5) سنة. وتتراوح أعمار الجميع ما بين (11 - 20) سنة. واستخدما مقياس التدين المتكون من ثلاثة أبعاد:

ـــ الانتساب الديني لإحدى الطوائف الدينية الموجودة في المنطقة، أو خيار لا ديانة للطالب.

ـــ قوة المشاعر الدينية عن طريق الإجابة عن السؤال التالي: كيف تصف مشاعرك عن الدين؟ والإجابة في ثلاثة خيارات هي: متدين جداً، متوسط، غير مهتم.

ـــ الحضور للكنيسة في ست خيارات.

كما استخداما لقياس المخدرات مقياسا مكونا من خمسة أبعاد (استخدام الحشيش ـــ استخدام المخدرات الطبية بوصفة طبية ـــ استخدام المخدرات الطبية بدون وصفة ـــ استخدام مواد الهلوسة ـــ استخدام المخدرات المحظورة). وخلصا إلى نتائج أهمها: هناك ارتباط سالب بين التدين والتردد على الكنيسة وبين استخدام جميع أنواع المخدرات التي وردت في الدراسة ماعدا استخدام الخمور. (Adlaf & Smart, 1985, pp. 164-170).

الدراسة الخامسة:

درس كل من لارسون وكوينج وكابلان وجرين بيرج ولوجو وتيرولر (Larson, Koenig, Kaplan, Greenberg, Logue, & Tyroler) (1989) تأثير الدين على ضغط الدم لدى الرجال على عينة بلغت (401) رجلا أبيضا من سكان الريف (منطقة ايفانز في ولاية جورجيا بأمريكا)، سبق متابعة قياس ضغط الدم لديهم خلال الأعوام (1967 – 1969) م في المنطقة المذكورة وكانت أعمارهم فوق 25 سنة، منهم 64.1% أقل من 54 سنة، والباقي 55 سنة فأكثر، وهم خالين من أمراض القلب.

واستخدموا فيها أدوات قياس ضغط الدم، ومقياس التدين المتكون من بعدين: عدد مرات الحضور للكنيسة، وأهمية الدين لدى الفرد، ومقياس (McQuite Whit Scale) المناسب لسكان الريف.

وخلصوا إلى نتائج أهمها: حيث كان ضغط الدم غير مرتفع لدى مجموعة الأفراد الذين كان الدين بالنسبة لهم هام جدا، وكذلك حضورهم للكنيسة كان عالياً وذلك بدرجة دالة إحصائياً، بينما المجموعة التي كان الدين بالنسبة لهم غير هام وحضورهم نادر للكنيسة كانت درجات ضغطهم مرتفعة، وكانت هذه النتيجة دالة إحصائياً. (Larson & Others, 1989, pp. 268-273).

الدراسة السادسة:

درس نيلسون (Nelson) (1989) الاختلافات العرقية ودورها في التوجه الديني (داخلي/خارجي) لدى كبار السن على عينة قدرت بـــ: (68) من كبار السن من السود والبيض من مدينة في الجنوب الغربي للولايات المتحدة الأمريكية. نسبة النساء 78.1% والرجال 21.9 %، وموزعون على ثلاث فئات عمرية هي: من (55 - 64)، ونسبتهم 19%، ومن (65 - 74)، ونسبتهم 52.4%، و75 فأكثر ونسبتهم 28.6%. يحضرون برامج يومية للعناية بالكبار في خمس مراكز للمواطنين، وهناك نسبة 88% من العينة يحضرون للكنيسة مرتين أو أكثر في الشهر. واستخدم فيها مقياس التوجه الديني العام للكبار والمكون من عشرين عبارة. منها (9) عبارات لقياس التدين الداخلي، و(11) عبارة لقياس التدين الخارجي، ومقياس الاكتئاب للكبار المكون من (30) عبارة. وخلص إلى نتائج أهمها: هناك ارتباط سالب دال إحصائياً بين الاكتئاب والتدين الداخلي لدى جميع أفراد عينة الدراسة. ووجد أن السود حصلوا على درجات أعلى في التدين الداخلي من البيض، وأنهم استخدموا الدين لمواجهة ضغوط مرحلة كبر السن وأزماتها. وحصلوا على أقل الدرجات في الاكتئاب، وحصلوا على درجات عالية في التدين الداخلي. (Nelson, p. B., 1989, pp. 200-203).

الدراسة السابعة:

درس روس (Ross) (1990) العلاقة بين الدين والاضطراب النفسي على عينة بلغ عدد أفرادها (401) فردا، تم اختيارهم عن طريق دليل الهاتف في مدينة شيكاغو وما جاورها، على ألاّ يقل عمر الفرد ليدخل في العينة عن 18 سنة، وكان المدى العمري لأفراد العينة يتراوح بين (18 - 83) سنة. واستخدم فيها مقياس لانجز وفيه ثمان عبارات نفسية متدرجة بين أعلى مستويات الصحة النفسية إلى أعلى مستويات الاضطراب النفسي، يجاب على كل عبارة بأربعة خيارات متدرجة. كما تم قياس التدين عن طريق ثلاثة مجالات: الانتساب الديني (بروتستانت، كاثوليك، يهود، ديانات أخرى، بدون دين)، وقوة الاعتقاد الديني (هل

تعتبر نفسك قوي، قوي بعض الشيء، ضعيف؟)، ومحتوى الاعتقاد (الفعالية الشخصية للفرد، والاعتقاد والثقة باللّـــه).

وخلص إلى نتائج أهمها: الأفراد ذووا الاعتقاد الديني القـــوي كانـــت مســـتويات الاضطراب النفسي لديهم منخفضة بوضوح، قياسا بالأفراد ذووا الاعتقاد الـــديني المنخفض الذين ارتفع مستوى الاضطراب النفسي لديهم. والأفراد الذين لا ديانـــة لهم ارتفع مستوى الاضطراب النفسي لديهم. (Ross, c., 1990, pp. 238-243).

الدراسة الثامنة:

درس كل من فرانكل وهوايت (Frankel & Hewitt) (1994) العلاقة بين التدين والسعادة النفسية لدى طلاب جامعة كندية، بلغ عدد العينة فيها (229) طالبا كنديا، مقسمين إلى مجموعتين: (172) طالبا منتمين إلى مؤسسات دينية، متوسط أعمارهم 23.13 سنة، و (127) طالبا غير منتمين إلى مؤسسات دينية، متوسط أعمارهم 22.06 سنة. قورنت في هذه الدراسة الحالات الصحية بين المجموعتين، وقد استخدما فيها استبانة احتوت على أسئلة في تسعة مجالات: المعلومات العامة والشخصية، الممارسة الدينية، وتقدير الذات، الضغوط، الاعتقادات والقيم، والصحة النفسية والجسمية، الإتقان، التردد على الخدمات الصحية، نماذج الصحبة. وتوصلا إلى أن الطلاب المنتسبين للمؤسسات الدينية أكثر صحة، وأقل تردد على الخدمات الصحية من الطلاب غير المنتسبين للمؤسسات الدينية بفرق دال إحصائيا. (Frankel & Hewitt, 1994).

الدراسة التاسعة:

حلل كل من بارجامنت واشلر ودوبو وستانيك ورويلير وكروو وكولمان والبرت ورويستر (Pargament, Ishler, Dubow, Stanik, Rouiller, Crowe, Cullman, Albert, & Royster) (1994) تحليلا عرضيا وطوليا الأساليب الدينية لمقاومة الضغوط النفسية نتيجة حرب الخليج لدى عينة قدرها (215) طالبا وطالبة جامعيين، منهم 33 % ذكورا، و67% إناثا، متوسط

أعمارهم 19.5 سنة، و87% من العينة من البيض. واستخدموا عدة مقاييس تم استعمالها في مقاييس سابقة لقياس ثلاثة أبعاد هي:

ـــ أنشطة مقاومة الضغوط والآلام النفسية وهي على نـــوعين: أنشـــطة دينيـــة وأنشطة غير دينية (طبقت في 20 فيفري1991 قبل يومين من تحرير الكويت).

ـــ أنشطة متعلقة بالحرب وبأوضاع المشاركين فيها (طبق مع الاختبار الأول في نفس الفترة).

ـــ الآلام الشخصية والعامة وهي على نوعين: آلام خاصة وشخصية، آلام عامة (وطبقت مرتين أولاً مع الاختبارين الأول والثاني في الفترة نفســـها، ثـــم أعيـــد تطبيقهما في 11 مارس 1991 بعد أسبوع من توقف الحرب).

وخلصوا إلى نتائج أهمها: متغيرات الأنشطة الدينية المقاومة للضغوط كانت مؤشرات دالة على مقاييس الآلام النفسية الثلاثة المستخدمة في الدراسة الحالية. والطلاب والطالبات الذين بحثوا عن دعم من رجال الدين أو المترددين على الكنيسة أظهروا وضع نفسي إيجابي أكثر من الطلاب والطالبات الذين لم يفعلوا مثلهم. كما أظهر التحليل الإحصائي ارتباط موجب بين الأنشطة الدينية وغير الدينية المقاومة للضغوط النفسية. (Pargament, & others, 1994, pp. 350-357).

الدراسة العاشرة:

درس كل من كنيثيا وباول (Cynthia & Paul) (1995) العلاقة بين التدين والتوافق على عينة مكوّنة من (500) طالب تراوحت أعمارهم بين (16-17) سنة من ثلاث جامعات مختلفة، وقد استخدما بطارية التدين الشخصي، واستبيان التكيّف لطلاب الجـــامعة، وخلصا إلى نتائج أهمها: وجود علاقة دالة إحصائيا وموجبة بين التدين والتوافق. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الدرجات على مقياس التدين الشخصي.(Cynthia & Paul, 1995).

2 ــ الدراسات العربية:

الدراسة الأولى:

درس الجميلي حكمت عبد الله سنة (2001) الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلاب جامعة صنعاء. وبلغ عدد عينته (300) طالب وطالبة، تم اختيارهم بطريقة طبقية عشوائية من بعض الكليات العلمية والإنسانية. استخدم الباحث مقياس الالتزام الديني، ومقياس الأمن النفسي من منظور إسلامي، وكلا المقياسين من إعداده، وخلص إلى النتائج التالية:

ــ توجد علاقة موجبة وقوية دالة إحصائيا بين الالتزام الديني والأمن النفسي لدى طلبة الجامعة.

ــ لا توجد فروق معنوية في العلاقة بين الالتزام الديني والأمن النفسي لدى طلبة الجامعة تبعا لمتغير الجنس.

ــ لا توجد فروق معنوية في العلاقة بين الالتزام الديني والأمن النفسي لدى طلبة الجامعة تبعا لمتغيرات التخصص الأكاديمي (علمي - نفسي). (الجميلي، 2001).

الدراسة الثانية:

درس يوسف الكندري سنة (2003) التدين وعلاقته بضغط الدم على عينة بلغ عددها (223) فردا من الجنسين من مختلف الشرائح الاجتماعية الكويتية، تتراوح أعمارهم بين (18ــ75) سنة، واستخدم فيها استبيان يستفسر عن درجة تدين كل فرد، ثم خضع أفراد العينة جميعهم لفحص طبي قيس فيه الضغط الدموي.

وخلص إلى نتائج أهمها: أن الدين يلعب دورا مهما في إحداث التوازن العاطفي للفرد، مما يؤثر بصورة مباشرة على حالته الصحية، ويعزز فرضية أن دراسة الأمراض لا يمكن أن تقتصر فقط على المنظور الطبي، بل يجب النظر إلى التأثيرات الاجتماعية والنفسية والروحية للمرضى. (AL-Kandar, Y. Yousef, V. 35, (3), pp. 463 - 472).

الدراسة الثالثة:

درس صالح الصنيع (1422) العلاقة بين التدين والقلق العام على عينة تكونت من مجموعتين من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، إحداها طلاب كلية الشريعة وبلغ عددهم (119) طالبا، ومتوسط أعمارهم 21,40 سنة، والأخرى طلاب كلية العلوم الاجتماعية وبلغ عددهم (121) طالبا، ومتوسط أعمارهم 22.97 سنة.

واستخدم الأدوات التالية: مقياس التدين من إعداده، وهو مكون من 60 عبارة لكل عبارة ثلاثة خيارات، ومقياس القلق العام للراشدين من إعداد محمد جمل الليل، مكون من 56 عبارة لكل عبارة خمسة خيارات. وخلص إلى نتائج أهمها:

العلاقة العكسية بين التدين والقلق العام لدى عينتي الدراسة، كما أن طلاب كلية الشريعة حصلوا على متوسط درجات أعلى من طلاب كلية العلوم الاجتماعية على مقياس التدين، بينما على مقياس القلق العام حصل طلاب كلية العلوم الاجتماعية على متوسط أعلى من طلاب كلية الشريعة. (الصنيع، 1422).

الدراسة الرابعة:

درس سعد القعيب (2003) علاقة التدين بالتوافق الاجتماعي على عينة بلغ عدد أفرادها (200) طالب من طلبة جامعة الملك سعود، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من كليات مختلفة. وقد استخدم الباحث مقياس التدين لصالح الصنّيع (2002) بعد تعديله، ومقياس التوافق النفسي والاجتماعي من إعداده. وخلصت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التدين لدى طلبة جامعة الملك سعود فوق المتوسط، حيث يسود معظمهم الالتزام الديني. ووجود علاقة طردية بين التدين كمنهج وموجه عام للسلوك وبين التوافق الاجتماعي كنتيجة لهذا المنهج. (القعيب، 2003).

الدراسة الخامسة:

درست ليلى المزروع (2006) علاقة فاعلية الذات بكل من الدافع للإنجاز والذكاء الوجداني على عينة قوامها (238) طالبة من طالبات جامعة أم القرى، حيث تم اختيارهم عشوائيا، وقد تراوحت أعمارهن بين (17ـــ24) سنة، واستخدمت الباحثة فيها ثلاثة مقاييس: مقياس فاعلية الذات من إعداد فان وماك (& Fan Mak, 1998) المقنن من طرف اللحياني (2002)، ومقياس مستوى الإنجاز من إعداد قطامي (1993)، ومقياس الذكاء الوجداني من إعداد كل من منصور ويوسف والشافعي (2001). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط إيجابي ذي دلالة إحصائية بين درجات فاعلية الذات، وكل من درجات دافعية الإنجاز، والذكاء الوجداني بأبعاده المختلفة. (المزروع، 2007).

الدراسة السادسة:

درس شبلي إبراهيمي (2009) علاقة التوجه نحو التدين ومستوى تقدير الذات على عينة قوامها (220) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة، تتراوح أعمارهم بين (22-29) سنة، تم اختيارهم بطريقة طبقية عشوائية. استخدم فيها مقياس التوجه نحو التدين من إعداد إبراهيم الحجار وعبد الكريم رضوان (2006)، ومقياس تقدير الذات من إعداد روز نبيرغ (1965)، واستمارة معلومـــات من إعداده، وتوصل إلى النتائج التالية:

ــ وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التوجه نحو التدين وتقدير الذات لدى طلاب الجامعة.

ــ عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في التوجه نحو التدين.

ــ عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في تقدير الذات.(إبراهيمي، 2009).

الدراسة السابعة:

درس موسى القدرة (2007) علاقة الذكاء الاجتماعي بالتدين وبعض المتغيرات الأخرى على عينة قوامها (528) طالب وطالبة من طلاب الجامعة الإسلامية بغزة. ولقد طبق مقياسين: مقياس الذكاء الاجتماعي من إعداد أحمد الغول (1993)، ومقياس السلوك الديني من إعداده. وتوصل إلى نتائج أهمها:

ـ وجود علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة على مقياس مستوى الذكاء الاجتماعي ودرجاتهم على مقياس التدين.

ـ عدم وجود فروق بين متوسطي درجات طلبة الكليات العلمية والأدبية في مقياس التدين. (القدرة، 2007).

الدراسة الثامنة:

درس بندر العتيبي (2008) علاقة اتخاذ القرار بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية على عينة قوامها (242) مرشدا طلابيا بمحافظة الطائف. واستخدم فيها مقياس اتخاذ القرار من إعداد عبدون (د. ت.)، ومقياس فاعلية الذات من إعداد العدل(2001)، ومقياس المساندة الاجتماعية من إعداده. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات القدرة على اتخاذ القرار، وكل من درجات فاعلية الذات، والمساندة من جانب المدرسة، والمساندة من جانب أولياء الأمور، والمساندة من جانب المعلمين، ورضا المرشد الطلابي عن المساندة، والدرجة الكلية للمساندة. (العتيبي، 2008).

الدراسة التاسعة:

درس العبدلي سعد (2009) علاقة الذكاء الاجتماعي بكل من فاعلية الذات والتوافق الزواجي على عينة من المعلمين المتزوجين بمدينة مكة، قوامها (300) معلم، وطبق فيها مقياس الذكاء الانفعالي لعثمان ورزق(2002)، ومقياس فاعلية

الذات للعدل (2001)، ومقياس التوافق الزواجي لفرج وعبد الله (1999)، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

ـ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع أبعاد الذكاء الانفعالي وبين فاعلية الذات لدى أفراد عينة الدراسة.

ـ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع أبعاد الذكاء الانفعالي وبين التوافق الزواجي لدى أفراد عينة الدراسة.

ـ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع أبعاد التوافق الزواجي وبين فاعلية الذات لدى أفراد عينة الدراسة. (العبدلي، 2009).

الدراسة العاشرة:

درس النفيعي فؤاد (2009) علاقة المهارات الاجتماعية بفاعلية الذات على عينة عشوائية قوامها (200) طالب من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين والعادين في المدارس الحكومية التابعة لإدارة التربية والتعليمٌ بمحافظة جدة، استخدم فيها مقياس المهارات الاجتماعية من إعداد السمادوني (1991)، ومقياس فاعلية الذات من إعداد العدل (2001)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات المهارات الاجتماعية بأبعادها المختلفة، وبين درجات فاعلية الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين والعاديين في المدارس الحكومية بمحافظة جدة. (النفيعي، 2009).

الدراسة الحادية عشرة:

درس غالب المشيخي (2009) علاقة قلق المستقبل بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح على عينة مكونة من (720) طالبا منهم (400) طالب من طلاب كلية العلوم، و(320) طالبا من طلاب كلية الآداب بجامعة الطائف. واستخدم مقياس قلق المستقبل من إعداده، ومقياس فاعلية الذات من إعداد العدل (2001)، ومقياس مستوى الطموح من إعداد معوض وعبد العظيم (2005).

وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب في قلق المستقبل ودرجاتهم في فاعلية الذات. ووجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب في قلق المستقبل ودرجاتهم في مستوى الطموح. ووجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب في فاعلية الذات ودرجاتهم في مستوى الطموح. (المشيخي، 2009).

3 ــ الدراسات المحلية:

الدراسة الأولى:

درست عليوة سمية (2007) علاقة مصدر الضبط الصحي بالكفاءة الذاتية على عينة قوامها (86) مريضا من مرضى البوال السكري، واستخدمت فيها مقياس الضبط الصحي المكون من ثلاثة أبعاد (البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ) ترجمة جبالي نور الدين، ومقياس فاعلية الذات من إعدادها. وأسفرت نتائج دراستها عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي والفاعلية الذاتية، لكن ترتبط ببعدي النفوذ والحظ والصدفة. وعدم وجود علاقة ارتباطية بين كل من مصدر الضبط الصحي والفاعلية الذاتية بكل من مدة المرض والسن. (عليوة، 2007).

الدراسة الثانية:

بحث قارة السعيد (2009) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، على عينة قوامها (100) مريض مصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وأسفرت نتائجه عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبين درجة تقبله للعلاج. (قارة، 2009).

الدراسة الثالثة:

بحثت عدودة صليحة (2009) علاقة فاعلية الذات بأسلوب الحياة لدى عينة قوامها (40) مريضا من مرضى قصور الشريان التاجي، بمتوسط عمري مقداره (50) سنة، وقد استخدمت مقياس توقعات الفاعلية الذاتية العامة لرالف شفارتزر (Ralf Schwarzer)، تعريب سامر جميل رضوان، واستبيان أسلوب الحياة من إعدادها، وقد أسفرت نتائج دراستها عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفاعلية الذاتية، وعامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي. ووجود علاقة ارتباطية جزئية موجبة بين الفاعلية الذاتية، وعامل الرياضة لدى نفس المرضى. وعدم وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الفاعلية الذاتية وعاملي التدخين و الكحول لدى نفس المرضى. (عدودة، 2009).

خامسا: التعليق على الدراسات السابقة:

1 ـ التعليق على الدراسات الأجنبية:

أظهرت نتائج الدراسة الأولى الدور الإيجابي للدين في حياة الأفراد وارتباطه الايجابي بمؤشرات الصحة النفسية، ويؤخذ عليها اقتصارها على الإناث دون الذكور، وعدم خضوع العينة للمعايير العلمية.

ولقد أسفرت نتائج الدراسة الثانية عن دور الدين في التقليل من معدلات جرائم الاغتصاب. ويؤخذ عليها اعتمادها على بيانات إحصائية دون الالتقاء المباشر بعينات الدراسة، وهذا يقلل الثقة بالنتائج المتحصل عليها، كما يؤخذ عليها أيضا أن ارتفاع نسبة طائفة دينية معينة لا يعني ذلك استقامة أولئك الأفراد بتعاليم دينهم.

وقد دلت الدراسة الثالثة دلالة واضحة على أثر التدين على السلوك الفعلي للطلاب، ويؤخذ عليها اقتصارها على عرق معين من الأفراد، وإدخال متغيرات كثيرة ليس لها صلة مباشرة بموضوع الدراسة.

وقد عكست نتائج الدراسة الرابعة الأثر الإيجابي لممارسة طقوس دينية على سلوك الأفراد، وصدهم عن تناول المخدرات، ويؤخذ عليها ضعف مقاييس التدين المستعملة.

ولقد أوضحت نتائج الدراسة الخامسة الدور الإيجابي للدين على عمل أجهزة جسم الإنسان، ويؤخذ عليها ضعف المقياس المستعمل لقياس التدين، وعدم تفرعه لأبعاد كثيرة، كما يؤخذ عليها أيضا اعتمادها على بيانات دراسات سابقة.

وقد أسفرت نتائج الدراسة السادسة على دور الدين في دفع أزمات الحياة، وفي تخليص الإنسان من الاكتئاب، ويؤخذ عليها قلة عدد أفراد العينة.

في حين أشارت نتائج الدراسة السابعة إلى دور الدين في تخفيض مستويات الاضطراب النفسي والتوتر لدى الأفراد، ويؤخذ على هذه الدراسة عدم تقسيم الأفراد إلى فئات عمرية محددة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الثامنة الأثر الإيجابي للدين على صحة الطلاب الجسمية و النفسية، ويؤخذ عليها قلة عدد أفراد العينة.

في حين أظهرت نتائج الدراسة التاسعة مقاومة الأنشطة الدينية للضغوط النفسية، ويؤخذ عليها عدم تطبيق المقاييس على أفراد الجنود المشاركين في حرب الخليج.

و في الأخير أوضحت نتائج الدراسة العاشرة العلاقة الإيجابية للتدين والتوافق النفسي، ويؤخذ عليها اقتصارها على شريحة عمرية.

2 ــ التعليق على الدراسات العربية:

أسفرت نتائج الدراسة الأولى عن أهمية الالتزام الديني بالنسبة للصحة النفسية، واتسمت بمتغيرات جيدة، وعدد أفراد العينة مناسب.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الثانية الأثر الإيجابي للتدين على أجهزة جسم الإنسان، ويؤخذ عليها عدم تقسيم الأفراد إلى فئات عمرية محددة، وعدم استخدام أدوات قياس ملائمة.

وقد دلت الدراسة الثالثة على أثر الدين في إحداث التوازن النفسي، ويؤخذ عليها استعمال مقياسا للتدين يقيس مظاهر خارجية.

وقد توصلت الدراسة الرابعة إلى أن التدين يعتبر منهج وموجه للسلوك العام. ويؤخذ عليها استعمالها لمقياس الدراسة السابقة.

وقد أسفرت الدراسة الخامسة عن الأثر الإيجابي لفاعلية الذات على كل من الدافع للإنجاز والذكاء الوجداني، ويؤخذ عليها اقتصارها على عينة الإناث فقط.

في حين أظهرت نتائج الدراسة السادسة مساهمة التوجه الديني في إرساخ تقدير الذات في نفوس الأفراد. ويؤخذ عليها ضعف المقياس الديني.

وقد دلت نتائج الدراسة السابعة على تأثير التدين على الذكاء الاجتماعي.

وقد أسفرت نتائج الدراسة الثامنة على تأثير فاعلية الذات على اتخاذ القرار، ويؤخد عليها قلة عدد أفراد العينة.

وقد دلت نتائج الدراسة التاسعة وجود علاقة ايجابية بين الذكاء الانفعالي و فاعلية الذات.

وقد أسفرت نتائج الدراسة العاشرة عن تأثير فاعلية الذات على المهارات الاجتماعية.

وقد دلت الدراسة الحادية عشر على أهمية فاعلية الذات في التقليل من قلق المستقبل، والرفع من مستوى الطموح لدى الأفراد.

3 ـ التعليق على الدراسات المحلية:

أظهرت نتائج الدراسة الأولى وجود علاقة ارتباطية جزئية بين أبعاد مصدر الضبط والفاعلية الذاتية. وعدم وجود علاقة ارتباطية بين كل من مصدر الضبط الصحي والفاعلية الذاتية بكل من مدة المرض والسن.

وأسفرت نتائج الدراسة الثانية عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبين درجة تقبله للعلاج.

ودلت نتائج الدراسة الثالثة على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفاعلية الذاتية والسلوكات الصحية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين فاعلية الذات والسلوكات غير الصحية.

وكانت الدراسات الثلاثة جيدة من حيث المقاييس المستعملة، والمتغيرات المدروسة، ويؤخذ على ثلاثتها قلة عدد أفراد العينة.

4 ـــ تعليق عام:

تباينت الدراسات النظرية والميدانية في تفسيرها للعلاقة بين التدين والصحة على حسب الموقف الذي يتبناه الدارس تجاه التدين، وسوف نستعرض اتجاهين مختلفين في تفسير هذه العلاقة:

أ ـــ العلاقة الايجابية :

أصحاب هذا التفسير يرون أن ارتفاع مستوى التدين لدى الفرد ينتج عنه ارتفاع مستوى صحتهم والعكس صحيح.

وإنه لمن الواضح في أي علم نفس يمس البناء النفسي للشخصية الإنسانية لا يمكنه إغفال حقيقة أن الدين ليس فقط ظاهرة نفسية اجتماعية تاريخية، ولكنه كذلك يعتبر شيئاً مهماً للذات الشخصية لعدد كبير جداً من الناس. (Jung, C. G., 1969, p. 5).

وحينما ندرس الشخصية في العمق بدلاً من السطح، بأنه بقدر ما ننفذ أعمق، بقدر ما نجد عمومية أكثر. ففي المستويات الأعمق لدى الناس يبدون في تشابه أكثر مما يختلفون. ولذا إذا استطاع الفرد أن يصل إلى هذه الأعماق داخل نفسه، عادة بمساعدة المعالج، يكتشف ليس ذاته فحسب ولكن أيضاً الروح الإنسانية الكاملة، ويعرف هذا دائماً علماء النفس غير الأكاديميين في الشرق، ونحن في الغرب ينبغي أن نتعلمه كذلك. (فرانك، سيفرين، 1978، ص. 52).

وحينما يكون المريض واقفاً على أرض صلبة من الاعتقاد الديني، فلا يمكن أن يكون هناك اعتراض بشأن الاستفادة من التأثير العلاجي لمعتقداته الدينية مما ينبع من المصادر الروحية ويعتمد عليها. (فرانكل، فيكتور، 1982، ص. 157).

والدراسات كثيرة التي توصلت إلى هذه العلاقة الايجابية منها:

دراسة هوود (Hood)، ودراسة تشمبرلين وزيكا (Chamberlain & Zika)، ودراسة كونيج (Koenig)، ودراسة هانسن (Hansen)، ودراسة بنسن (Benson)، ودراسة ماسترز وبيرجين (Masters & Bergin)، ودراسة يعقوب (Jacobs). (Schumaker, J. F., 1992).

ودراسة مارتن وكارلسون (Martin & Carlson) (Martin, & Carlson, 1988, pp. 62-87).

ودراسة بيرجن(Bergin).(Bergin, Allen E., 1983, Vol. 14 (2) 170 - 184).

ودراسة كابز (Capps). (Capps, Donald, 1985 , pp. 238 - 241).

ودراسة جارتنر ولارسون وألين (Gartner, Larson, & Allen). (Gartner, J., D. Larson, & G. Allen, 1991, pp. 6-16).

ب ـ العلاقة السلبية:

أصحاب هذا التفسير يرون أن ارتفاع مستوى التدين لدى الفرد ينتج عنه تدهور مستوى صحتهم والعكس صحيح.

إن الدين يضر بلعبة التكيف والانتخاب تلك، إذ يفرض على الجميع، وعلى نسق واحد، طرقه الخاصة للوصول إلى السعادة وللفوز بالمناعة ضد الألم. وتقوم خطته على تخفيض قيمة الحياة وعلى تشويه صورة العالم الواقعي تشويهاً بالغا، وهذا نهج يتخذ مسلمه له زجر العقل وتخويفه. وبهذا الثمن يفلح الدين بإلباسه أتباعه بالقوة ثوب طفولة نفسية وبزجهم جميعاً في هذيان جماعي. (فرويد، 1982، ص ص. 34 - 35).

استعرض ستاك (Stack)، وبرسمان (Pressman)، وليونس (Lyons)، ولارسون (Larson)، وجارتنر (Gartner)، وفرانسيس (Francis)، العديد من الدراسات وخرجوا بنتيجة عامة تؤيد الارتباط السلبي بين التدين وكل من الاكتئاب والإقدام على الإنتحار، والقلق والخوف من الموت. (Schumaker, J. F., 1992).

خامسا ــ فرضيات البحث:

في ضوء مشكلة البحث وأهدافه يمكن صياغة مجموعة من الفرضيات كالتالي:

1 ــ توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

2 ــ توجد علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام والإزمان، والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

3 ــ توجد علاقة ارتباطية جوهرية بين فاعلية الذات بأبعادها والإزمان والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

4 ــ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي .

5 ــ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس و المستوى التعليمي.

خلاصة:

اجمع الباحثون أنه على الرغم من صعوبة الدراسات والاستنتاجات في المجالات الروحية، فإن التدين يعتبر من وسائل المحافظة على صحة طيبة تماما كالتغذية الجيدة، وممارسة الرياضة. وهم يؤكدون على أن المتدينين والمواظبين على الصلاة والدعاء هم أقل عرضة للإصابات الجسمية والنفسية، وكذلك هم أكثر تحملا للألم، وأقل استعدادا للإصابة بالقلق والكآبة، وهم عادة بصحة جيدة، يتعافون بسرعة بعد العمليات الجراحية. ومن التوصيات الحديثة ضرورة أن يطرح الطبيب أسئلة حول المعتقد الديني لمريضه وأن يأخذ ذلك في الحسبان عند تقييم الحالة المرضية. ولا شك أن هناك أطباء ينتقدون أمثال هذه الدراسات، ويعتبرون أن الشخص المتدين يكون عادة صاحب معنويات عالية، لذا فهو يشفى أسرع دون أن يكون للتدين دورا معالجا، بالمعنى الطبي الحرفي للكلمة، وهناك من يعطي للصلاة دورا كالدواء الموهم(البلاسيبو)، وذلك بتأثير موهم نفسي رافع للمعنويات، ويجيبهم آخرون وماذا بشأن الدعاء في ظهر الغيب؟

أشار دال ماتويز (Dale Matthews) إلى **أن** التحسن الطارئ على المرضى الذين دعي لهم بالغيب، لا يمكن تفسيره فقط بالعلم الطبي التقليدي، والحقيقة لا يوجد تفسير طبي لذلك، وإن تحسن هؤلاء المرضى لا يمكن أن نفسره إلا بوجود قوة فوق طبيعية (Surnaturelle)، أو إلى نوع من الطاقة لا يمكن معرفة طبيعته حاليا. (Dale, Matthews, 1998)

الفصل الثاني

التدين

ـ تمهيد.

أولاـ مفهوم التدين.

ثانيا ـ العوامل المؤثرة على مستوى التدين.

ثالثا ـ أبعاد التدين.

رابعا ـ مراتب التدين.

خامسا ـ أنماط التدين وخصائص كل نوع.

سادسا ـ علامات التدين المرضي.

سابعا ـ التدين ومظاهر الصحة وأركانها.

أ ـ التدين ومظاهر الصحة.

ب ـ التدين وأركان الصحة.

ثامنا ـ كيف تمتلك الصحة حسب الوجهة الدينية؟

تاسعا ـ التدين والطب الوقائي.

عاشرا ـ لماذا اهتم الدين بالوقاية ولم يتحدث عن العلاج؟

ـ خلاصة.

الفصل الثاني: التدين

تمهيد:

التدين دافع من الدوافع الفطرية الأساسية في طبيعة تكوين الإنسان، فهذا الأخير يشعر في أعماق نفسه بدافع التدين يدفعه إلى البحث والتفكير لمعرفة خالقه وخالق الكون، وإلى عبادته والتوسل إليه والالتجاء إليه طالبا منه العون كلما اشتدت به مصائب الحياة وكروبها، وهو يجد في حمايته ورعايته الأمن والطمأنينة. نجد ذلك واضحا في سلوك الإنسان في جميع عصور التاريخ، وفي مختلف المجتمعات البشرية، غير أن تصور الإنسان في المجتمعات المختلفة خلال عصور التاريخ المختلفة لطبيعة الإله، والطريقة التي يسلكها في عبادته له قد تختلف تبعا لمستوى تفكيره ودرجة تطوره الثقافي، غير أن هذه الاختلافات في تصور الإنسان لطبيعة الإله أو طريقة عبادته إنما هي اختلافات في طريقة التعبير عن ذلك الدافع الفطري للتدين الموجود في أعماق النفس البشرية. (نجاتي، عثمان، 2001، ص ص. 49-50).

والتدين ثابت بالأدلة النقلية والعقلية، أما الأدلة النقلية فنجدها في قوله تعالى:M

فَأَقِمۡ وَجۡهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفٗاۚ © ٱللَّهِ ٱلَّتِي فَطَرَ ٱلنَّاسَ عَلَيۡهَاۚ لَا تَبۡدِيلَ لِخَلۡقِ ´ ¶ ٱلۡقَيِّمُ وَلَٰكِنَّ أَكۡثَرَ ٱلنَّاسِ لَا يَعۡلَمُونَ ٣٠ L الروم.

وقول النبي e: " **كلُّ مولودٍ يولَد علـــى الفطرة، فأبواه يهودانه أو ينصراه أو يمجسانه، كمثل البهيمة تنتج البهيمة هل ترى فيها جدعاء** ". (مالك، د. ت.، ص. 241)، (البخاري، 2004، ر. 1385)، (مسلم، 1972، ج. 4، ر. 2658).

أي أنه يولد على نوع من الجبلّة والطبع المتهيّئ لقبول الدّين، فلو تُرك عليها لاستمر على التشبث بها ولم يفارقها إلى غيرها، وإنما ينصرف عنه من ينصرف لآفة من آفات البشر والتقليد.

وأما الأدلة العقلية فتتلخص في أمرين أحدهما: قدم التدين في أغلب الحضارات الإنسانية، والثاني: استمرار التدين في أغلب البشر وملازمته للتفكير والسلوك البشريين.

وإذا ثبتت فطرية التدين فإنه من المستحيل إقناع البشر بالفراغ الروحي والعبث واللامعنى، لذلك باءت جميع محاولات اللادينيين بالفشل عند عزمهم هدم عقائد الأديان لكون هذه الأخيرة تدعمها الفطرة الإنسانية، وما يدعون إليه تمجه الطبيعة البشرية. من هنا وكما سوف نرى لن تستغني الحضارة الإنسانية عن دعم الفطرة الدينية لتوجهاتها.(وُورقية، عبد الرزاق، 2008، ص ص. 43-44).

وذلك لأن قضية التدين، هي قضية ملاصقة لوجود الإنسان؛ فطالما أن هناك إنسانا، يمتلك أهلية التصرف، فلا بد له من منظومة قيم، يؤمن بها، ويصدر عنها في القبول والرفض، والإقدام والإحجام، هذه المنظومة هي مجموعة معارف وقناعات، إما أن يختارها بنفسه، أو يرثها عن مجتمعه، أو ينقلها عن مجتمعات أخرى، وقد يتجاوز عالم حواسه، وترقى في النظر العقلي، إلى آفاق واستفهامات لا يمتلك الإجابة الشافية عليها، فينتهي إلى ضرورة التلقي عن النبوة، فتكون ضميمة الوحي، التي لا تخرج في الاهتداء إليها عن العقل. (النجار، عبد المجيد، 1989، ج. 1، ص. 2).

وهذا التدين يقوم على توازن بين الروح والجسد، وبين الدين والدنيا، 7 8 M وَٱبْتَغِ فِيمَآ ءَاتَىٰكَ ٱللَّهُ ٱلدَّارَ ٱلْءَاخِرَةَ ۖ وَلَا تَنسَ نَصِيبَكَ مِنَ ٱلدُّنْيَا ۖ وَأَحْسِن كَمَآ أَحْسَنَ ٱللَّهُ إِلَيْكَ ۖ وَلَا تَبْغِ ٱلْفَسَادَ فِى ٱلْأَرْضِ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ لَا يُحِبُّ ٱلْمُفْسِدِينَ ﴿٧٧﴾ L القصص. وتحقيق التوازن بين الجانبين الروحي والمادي في التصور الإسلامي يُكسب الإنسان الشخصية السوية التي هي أساس الصحة النفسية؛ مما يقلل من تعرضه لعوادي الضغط وأزمات الاكتئاب.

أولا ــ مفهوم التدين:

1 ــ لغة:

يقال: دانَ بكذا دِيانَةً وتَدَيَّنَ به، فهو دَيِّنٌ ومُتَدَيِّنٌ. ودَيَّنْتُ الرجل تَدْييناً، إذا وكَلْتَهُ إلى دينِه. (الجوهري، 1990، م. 5، ص. 2119).

أي يدين دينا وديانة تعبد بالدين... وتدين بكذا تعبد به فهو متدين، إذا فالتدين مأخوذ من الدين، والدين: هو التسليم والطاعة والتذلل والخضوع والعبودية.

2 ــ اصطلاحا:

اختلفت تعريفات التدين لدى الباحثين الغربيين عن تعريفاته لدى الباحثين العرب، عرّفه هؤلاء وهؤلاء على أنه:

- شكل كلي لأنماط سلوكية تشمل الأحاسيس، المواقف، العواطف،...وكلها تأتي على هيئة مجموعة وتستجيب على أساس أنها كينونة بذاتها. (Vernon, 1962).
- صفة للشخصية تعود إلى توجهات عقلية عن الحقيقة الواقعة وراء نطاق الخبرة والمعرفة، وعن علاقة الفرد بهذه الحقيقة والتوجهات موجهة ضمنا لكي تؤثر على الحياة الدنيوية اليومية للفرد، وذلك بمشاركته في تطبيق الشعائر الدينية. (Rohrbauge, & Jesser, 1975, 138).
- حالة كون الفرد مرتبطا بدين. (American Heritage, 1982, p. 1044).
- جانب مهم من الدين الذي كثيرا ما ينظر إليه على أنه كثافة المعتقدات والمشاركات الدينية. (Myers, 1996, 860). وهذه المعتقدات الدينية بشكل خاص هي التصديق بالجنة والنار واليوم الآخر. وأما المشاركات الدينية فتشمل السلوكيات مثل: الذهاب إلى الكنيسة والمشاركة في طقوسها، والنظر والاستماع للمواعظ، وقراءة الكتب الدينية المقدسة.(Barro, and Mc., Cleary, 2003, 762)، (Corijn, 2001, 105)، (Myers, 1996, 860).

إذا التدين القوي غالبا ما يلاحظ من خلال قوة انعكاس المعتقدات الدينية اليومية على قرارات الفرد، وتكرار المشاركات في النشاطات الدينية.

- الاعتقاد بوجود ذات أو ذوات غيبية علوية لها شعور واختيار ولها تصرف وتدبير للشؤون التي تعني الإنسان، اعتقادًا من شأنه أن يبعث على مناجاة تلك الذات السامية في رغبة ورهبة وفي خضوع وتمجيد. (دراز، د. ت.، ص. 52).
- شعور معقد يستحيل تحديده تحديدا مانعا، وهو نتيجة تفاعل طويل بين دوافع الفرد النفسية، وبين عوامل البيئة بوجه عام، ولا يظهر في مستهل حياة الفرد، إنما يظهر على نحو تدريجي، ويمر بتطور معقد وطويل مندمج في التطور الشامل لنفسية الفرد. (المليجي، عبد المنعم، 1955، ص. 28).
- التمسك بعقيدة معينة، يلتزمها الإنسان في سلوكه، فلا يؤمن إلا بها، ولا يخضع إلا لها، ولا يأخذ إلا بتعاليمها، ولا يحيد عن سننها وهديها. ويتفاوت الناس في ذلك قوة وضعفا، حتى إذا ما بلغ الضعف غايته، عد ذلك خروجا عن الدين وتمردا عليه. (الذهبي، محمد حسين، 1975، ص. 51).
- وُجدان وعمل قبل أن يكون مناسكا وتراتيل، ينبع هذا الوجدان من تطلِّع الإنســان إلى اكتشاف سرِّ وجوده وكُنْه الكائنات من حــوله، وينبع من تلهُّفه إلى صدر رحيم، يثق به ويطمئن إليه، وينبع من احتياجاته إلى قوى عظيمة تشدّ من أزره وتوجهه في هذه الحياة. (فهمي، سمية، 1975، ص. 279).
- الطاعة والانقياد واسم لجميع ما يعبد به الله. (وجدي، محمد فريد، 1977، ص. 106).
- النظام الذي قرره الله للحياة البشرية بجملتها والمنهج الذي يسير عليه نشاط الحياة برقها، والله وحده هو صاحب الحق في وضع هذا المنهج بلا شريك، والدين هو الإتباع والطاعة للقيادة الربانية التي لها وحدها حق الطاعة والإتباع ومنها وحدها يكون التلقي، ولها وحدها يكون الاستسلام. (قطب، سيد، 1983، ص. 9).
- انفعال الإنسان بالدين في حياته انفعالاً إراديًّا، فيصدّق بما جاء به من بيان في شرح حقيقة الوجود، ومن ذلك يكون معتقده، ويُجرى سلوكه على حسب ما جاءت به تعاليمه العملية، ومن ذلك يكون شرعُه في واقع حياته. وهذا الانفعال بالدّين تصديقاً عقليًّا وسلوكاً عمليًّا هو التدين. (النجار، 1989، ص. 14). أي أنه تحمّل الدين واتخاذه شِرعة ومنهاجاً.

- الكسب الإنساني في الاستجابة للتعاليم الإلهية التي خوطب بها الإنسان على وجه التكليف، وتكييف الحياة بحسبها في التصوّر والسّلوك. (المرجع السابق، ص. 14). أي فهو كسب إنساني لأن حقيقته هو التعبد بتلك التعاليم.
- الإيمان القلبي بحقائق الدّين وجعلها مرجعية إيديولوجية في كل تفكير وسلوك. (المرجع السابق، ص155).
- إتباع الإنسان ما أمره الله به ورسوله ويتضمن الإيمان الديني (بُعد إيديولوجي)، ويشتمل على الإيمان بالله وملائكته، وكتبه ورسله، واليوم الآخر، وبالقضاء خيره وشرِّه. (أبو سوسو، سعيدة، 1989، ص. 240).
- الالتزام بأحكام الدين والسير على منهاجه أمر مطلوب ومرغوب فيه ومحمود عند الله، وعند الناس يعود بالخير والفلاح على أصحابه وعلى المجتمع. (عبد الفتاح، 1994، ص. 42).
- الصوت الداخلي الذي يحكم سلوك الأفراد، ويتسم بخاصة النفاذ إلى داخل النفس، كما أنه قوة روحية لازمة لصحة الإنسان. (موسى، رشاد، 1994، ص. 437).
- ما يقوم به الفرد من سلوك واتجاهات ومعتقدات دينية، تجاه خالقه وأفراد مجتمعه ونحو نفسه، وذلك بالتمثل بالأخلاق الفاضلة التي يدعو إليها الدين. (موسى، رشاد، 1999، ص. 276).
- إتباع الفرد لكل تعاليم المنهج الإسلامي الحنيف، وذلك من خلال علاقته بربه، ومعاملته مع الآخرين. (المرجع السابق، ص. 539).
- التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح (الإيمان بالله، وملائكته، وكتبه، ورسله، وباليوم الآخر، وبالقدر خيره وشره)، وظهور ذلك على سلوكه، بممارسة ما أمر الله به، والانتهاء عن إتيان ما نهى عنه. (الصنيع، 2005، ص. 378).
- الطريقة أو المذهب الذي يسير عليه المرء نظريا وعمليا، وهو المنهج الذي يتبعه في حياته، وفي علاقته مع غيره، وفي عبادته لربه، وفي خضوعه لله تعالى. (الزحيلي، محمد مصطفى، 2008، ص. 5).

يلاحظ من خلال تعريفات التديُّن أنها تدور حول أبعاد محدّدة يمكن اعتبارها معايير عملية للتديّن، تتمثل في: العقائد، والعبادات، والمعاملات، والأخلاق. التدين إذا وسيلة وليس هدفا، والهدف منه هو التقرب إلى الله تبارك وتعالى، لنيل سعادة

النفس في الدنيا، والنجاة من النار ودخول الجنة في الآخرة، يزيد بالطاعات وينقص بالمعاصي، ويتفاضل أهله فيه، ويقوى بالتوبة، والإيمان هو الدافع الأكبر له. والتدين هو معيار دنيوي انطباعي تقديري للتداول بين الناس، وليس دليلا على حب الله أو رضاه.

وفي الأخير يمكن تعريف التدين الإسلامي بأنه قدرة الفرد على تجريد نفسه من الهوى، وإخلاص العبودية لله تعالى، بالمحبة والطاعة والدعاء والخوف والرجاء والتوكل، مع القدرة على تهذيب النفس والسمو بها، من خلال أداء التكاليف التي شرعها الله، وكذلك القدرة على التفاعل مع البيئة التي يعيش فيها، فيسلك فيها السلوك المفيد والبناء بالنسبة له، ولمجتمعه، وبما يساعده على مواجهة الأزمات والصعوبات التي تواجهه، بطريقة إيجابية دون خوف أو قلق، وتقبل ذاته وواقع حياته، والتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه.

ثانيا ــ العوامل الذاتية والاجتماعية المؤثرة على مستوى التدين:

1ــ العوامل الذاتية:

هي مجموعة العوامل اللصيقة بكل فرد بذاته، وهي أساس لابد منه حتى نقول عن هذا الشخص أنه يتمتع بالصحة النفسية والجسدية. وأهم العوامل الذاتية العاملين التاليين:

أــ العامل الفطري:

الفطرة هي ما فطر الله عليه الخلق من المعرفة به، 7 8 M وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَٰٓئِكَةِ ´ µ ¶ ¸ صَلْصَٰلٖ مِّنْ حَمَإٖ مَّسْنُونٖ ﴿٢٨﴾ فَإِذَا سَوَّيْتُهُۥ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِي فَقَعُواْ لَهُۥ سَٰجِدِينَ ﴿٢٩﴾ L الحجر. تصـــرّح الآيتين بطبيعة الإنسان وأصـــل خلقه وجِبلَّته، وأنه من طين ممزوج بروح الله تعـــالى وأنّ الجسد لا ينفصل عن الروح، وأن كل محاولة للفصل أو بذر الشقاق بينهما شذوذ وانحراف في السلوك وعاهة في التكوين، كما أن لكل عنصر منه متطلباته، وخُلقت له ميول للمحافظة عليه فالطعام والشراب والجنس للمحافظة على الجسد، والتدين للمحافظة على

الروح. 7 8 M6 7 8 9 : ; < = > ? @ A B

C E F H J K L M N O P Q R S L الأعراف. فهذه الآية صريحة في وجود التدين في النفس الإنسانية قبل وجودها وظهورها على ظهر البسيطة، فالنفس أو الفطرة خلقها الله تعالى وأودع فيها هذا الاتجاه إلى الخالق، والإنسان مهما ابتعد عن منهج الله وجَحد وجوده وكفر بالدين فإنه لـــن يستطيع أن يغيّر فطرته M لَا تَبۡدِيلَ لِخَلۡقِ ´ ¶ ¸ ٱلۡقَيِّمُ ﴿٣٠﴾ L الروم. بدليل أنه لا يستطيع أن يحجب هذه الفطرة عما يجيش فيها عند الأزمات والأوقات الحرجة أمام البواعث السابقة للتدين، وبدليل عما يجده الإنسان من الندم على الأفعال الذميمة، ومن وخز الضمير إذا بقي عنده ضمير ولم تفسده المفـــاتن والشياطين. (الزحيلي، محمد، 1991، ص ص. 50-51).

ب ــ العامل النفسي:

انتهى سفر الطالبين إلى الظّفر بأنفسهم فمن ظفر بنفسه أفلح، ومن ظفرت به نفسه خسر وهلك. 7 8 M فَأَمَّا مَن طَغَىٰ ﴿٣٧﴾ وَءَاثَرَ ٱلۡحَيَوٰةَ ´ µ ¶ ¸ هِيَ ٱلۡمَأۡوَىٰ ﴿٣٩﴾ وَأَمَّا مَنۡ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِۦ وَنَهَى ٱلنَّفۡسَ عَنِ ٱلۡهَوَىٰ ﴿٤٠﴾ فَإِنَّ ٱلۡجَنَّةَ هِيَ ٱلۡمَأۡوَىٰ ﴿٤١﴾ L **النازعات.** فالنفس تدعو إلى الطغيان وإيثار الحياة الدنيا، والرّبّ يدعو إلى خوفه ونهْي النفس عن الهَوى والقلـــب بين الداعييْن يميل إلى هذا الداعي مرة، وإلى هذا مرة، وهذا موضع المحنة والابتلاء. (ابن القيم، 1999، ص. 74).

2 ــ العوامل الاجتماعية:

وهي مجموعة العوامل التي ينشأ فيها كل فرد ويتفاعل معها، وهي أساس لابد منه لأن فيها تتبلور شخصية الفرد وينعكس ذلك كله على صحته، وأهم هذه العوامل ما يلي:

أ ــ الأسرة:

وهي المحضن الأول الذي يعيش فيه الإنسان عندما يَقدُم إلى هذه الحياة الدنيا. ويقوم الأب والأم بالدور الأكبر في التأثير على شخصية المولود، فإن كانا صالحين مستقيمين على مستوى جيد من الصحة انعكس ذلك على صحة الطفل،

وقس على ذلك بقية أفراد الأسرة، وخصوصاً القريبين منهم مثل: الأخوة والأخوات ومن يعيش من الأقارب في نفس سكن الطفل أو يكون تواصله معه مستمراً... ومن أهم ما توفره الأسرة للطفل الحب والعطف والتقبل والمساندة النفسية والاجتماعية، وغير ذلك من الأدوار الهامة للصحة النفسية. وقد أظهرت العديد من الدراسات العربية والأجنبية الأثر الهام للأسرة على صحة الفرد النفسية. (الصنيع، 2005، ص. 361).

وقد أثبتت النصوص الشرعية والدراسات الإنسانية دور الأسرة في تغيير سلوك أفرادها. حيث تمثّل الأسرة المؤسسة الأولى المؤثرة على سلوك الفرد بما تقوم به من تطبيع الطفـــل حيث يتلقى منها ثقافة وقيم وموروثات المجتمع، وبالتالي فهي الإطار الذي يحدد تصرفاته. (الجولاني، فادية عمر، 1998، ص. 17).

لذا حث الإسلام على تكوين الأسرة ودعا إلى أن يعيش الناس في ظلالها، فهي الصورة الطبيعية المستقيمة التي تلبّي رغبات الإنسان وتفي بحاجاته، وهي الوضع الفطري الذي ارتضاه الله لحياة الناس منذ فجْر الخليقة. (الخولي، سناء، 2003، ص. 59).

والأسرة في أي مجتمع من المجتمعات لها فعالياتها وتأثيرها على سلوك أفرادها، فهي تقوم بوظيفة إيجابية في تحديد الأفكار العامة والضوابط الأساسية، فكل شيء يحدث للفرد يكون ردّ فعله متأثرا بما نشأ عليه في أسرته، ولهذا فإن الأسرة تقوم بدور هام وأساسي وفعّال في توجيه وإرشاد أفرادها نحو التدين. (سلوى، علي سليم، 1985، ص. 230).

ب ــ الرفاق:

تؤثر جماعة الرفاق على سلوك الفرد بشكل كبير، لما تملكه هذه الجماعة من سلطة وقدرة على توجيه وضبط سلوك أفرادها، بوسائل عديدة تهيئها لهم كالتطابق والتماثل والقبول، والثواب والعقاب، والاستقلالية وتحمل المسؤولية، وغيرها من الوسائل مما قد لا يتوفر لدى غيرها من الجماعات الأخرى، داخل المجتمع. (الأشول، 1979، ص. 330).

وقد بيَّن رسول اللَّـــه **e** الأثر الذي تحدثه الرفقة بمثال جدير بالذكر هو أثر المسك وأثر رماد الحداد، فعن أبي موسى **t** عن النبي **e** قال: "**مثل جليس**

الصالح والسوء كحامل المسك ونافخ الكير، فحامل المسك إما أن يحذيك وإما أن تبتاع منه وإما أن تجد منه ريحاً طيبة، ونافخ الكير إما أن يحرق ثيابك وإما أن تجد منه ريحاً خبيثة". (البخاري، 2004، ر. 2101، 5534).

ج ــ المساجد و المؤسسات التعليمية:

وتتمثل في المساجد ودور العبادة، والجمعيات الخيرية، وجمعيات تحفيظ القرآن الكريم، ومدارس التعليم العام والعالي والمهني، ولها جميعًا دور كبير في زيادة التدين لدى الإنسان متى حافظ على ارتيادها والالتقاء بمن فيها.

ويعتبر المسجد النواة الأولى للمجتمع الإسلامي، ويمثل مؤسسة اجتماعية بنائيا ووظيفيا وفيه كل مقدمات النظام الاجتماعي، لأن الصلاة مثلا في جماعة هي مسؤولية اجتماعية يقرّرها الإسلام على كل الناس. (طعيمة، صابرة، 1994، ص260).

والمساجد بيئات تعليمية صالحة بما فيها من أداء للعبادات وتعليم القرآن الكريم والأخلاق الفاضلة ودروس ومحاضرات توجه الإنسان لما ينفعه في دينه ودنياه، والمسجد من أفضل الأماكن لأنه يقام فيها توحيد الله سبحانه وتعالى ويتوجه المسلم بقلبه إلى الله، 7 8 M ¶ ﴿ قُلْ أَمَرَ رَبِّي بِالْقِسْطِ وَأَقِيمُوا وُجُوهَكُمْ عِندَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَادْعُوهُ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ كَمَا بَدَأَكُمْ تَعُودُونَ ﴿٢٩﴾ L الأعراف. وقد بين رسول الله e فضل المساجد في أحاديث كثيرة. منها: **"من غدا إلى المسجد أو راح، أعد الله له في الجنة نزلاً كلما غدا أو راح"**. (مسلم، 1972، ر. 669).

وقوله e: **"أحب البلاد إلى الله مساجدها وأبغض البلاد إلى الله أسواقها"**. (مسلم، 1972، ر: 671).(الصنيع، 2005، ص ص. 363-364).

ومدارس التعليم العام والعالي والمهني بيئات هامة أيضا للفرد بما فيها من مدرسين وطلاب ومناهج وتجهيزات قد تعين على تمتع الفرد بصحة، وقد تكون سبباً في وقوعه ضحية اضطرابات صحية إذا كانت بيئات غير مناسبة وتستخدم فيها أساليب تهدم الشخصية بدلاً عن أن تبنيها. (نفس المرجع، ص. 362).

والمناهج الدراسية المقدمة من طرف هذه المؤسسات التعليمية تقوي العامل الديني إذا كانت مبنيّة وموجّهة في سبيل بناء الإنسان الملتزم بدينه اعتقادا وقولا

وعملا، من خلال ربط جميع محتوى هذه المناهج بالدين بصور متعددة، وبحسب طبيعة المادة الدراسية. وأما إذا لم تربط تلك المناهج بالدين فيضعف العامل الديني، ويقلل التمسك به مما يسهل عملية الانحراف. (سمك، محمد صالح، 1973، ص. 69).

د ــ وسائل الاتصال:

أشار الصنيع إلى أنها مجموعة الوسائل التي يتعامل معها الفرد ليتعرف على ما حوله، ويدخل فيها الوسائل المقروءة (الكتب والدوريات والمجلات والصحف)، والوسائل السمعية (الإذاعة)، والوسائل السمعية البصرية (الرائي، الفيديو...)، وأثرها يعتمد على محتواها فإن كان صالحاً يدل على الخير ويحث إليه ويقدمه للقراء، كان لبنة صالحة في البناء النفسي للأفراد، وإن كان محتواها غير صالح بل أحياناً مفسد لما فيه من انحرافات وضلالات، فإن أثره سيكون سلبياً على البناء النفسي والعقلي للأفراد، ويكون سبباً في الهوان النفسي والحيرة والتردد المصاب به كثير من أبناء المسلمين اليوم. (الصنيع، 2005، ص ص. 364-365).

كما أشار أيضا إلى أن هذه الوسائل إذا كانت موجهة لخدمة الفرد ومجتمعه لتحقيق الأهداف التي يسعى المجتمع لتحقيقها، ومن أهمها أن يزداد الفرد تمسّكا واعتزازا بدينه، ودفاعا عنه والدعوة إليه، وإن كانت البرامج موجهة لغير ذلك، وهو الغالب في عصرنا الحاضر، فإنّ مردود ذلك سيكون ضعفا في إيمان الفرد وتهاونا في التزام أوامر دينه مما يعود عليه وعلى مجتمعه بالخسران المبين. (الصنيع، 1999، ص. 58).

وتنمية التدين تكون عن طريق النفوذ إلى العقل فتقنعه وتطمْئنه، وإلى القلب فتنهره وتحركه، وإلى الإرادة فتدفعها وتوجِّهها، وينطبق هذا من حيث التأثير الإيجابي على تدين الأفراد فالفرد الذي لديه اهتمام بالبرامج الدينية ومتابعتها تتجلى عنده زيادة الشعور الديني، والإحساس بمكانة الدين في الحياة يكسبه سلوكا واعيا، وحياة مستقيمة، فضلا عن تحقيق السعادة والطمأنينة والسكينة والاستقرار.(القرضاوي، 1977، ص. 201).

ولقد انتشرت في السنوات الأخيرة وسيلة جديدة هي الحاسب الآلي الذي له تطبيقات عديدة ولعل من أهمها وأكثرها شهرة وانتشاراً، شبكة المعلومات العالمية أو ما عرف باسم (الانترنيت)، وقد انتشرت في التسعينات الميلادية على مستوى العالم انتشار النار في الهشيم. وهذه الشبكة فيها منافع كثيرة وفيها مضار كثيرة، وعن طريقها ألغي ما يعرف بالرقابة والذي تلجأ إليه عادة الدول والحكومات في تعاملها مع وسائل الاتصال، وإن كان البعض يظن أنه يمكن مراقبة هذه الشبكة عن طريق بعض البرامج والأساليب ولكن الواقع لا يساند هذا الرأي، لأن التغيير والإضافة في هذه الشبكة دائم مستمر في كل دقيقة من دقائق الزمن. والوقوع في حبال هذه الشبكة والتعامل مع المواد غير النافعة فيها يسبب اختلالاً في صحة الفرد، بل يصل الأمر لدى بعض الأفراد بالإدمان عليها، وعددهم في تزايد، وأضرارهم الصحية تتفاقم. (الصنيع، 2005، ص. 365).

ثالثا ــ أبعاد التدين الإسلامي:

التدين يختلف من شخص إلى آخر على حسب إيمان الشخص بالله تبارك وتعالى، وينعكس ذلك على شخصيته، وهنالك أربعة أبعاد تتجلى في شخصية الفرد المؤمن، تتفاوت هذه الأبعاد قوة بين الأفراد وهي كالتالي:

1 - البعد الجسمي:

ويشمل رعاية حقوق الجسم والمحافظة عليه وتنميته ووقايته من كل ما يؤذيه، وإشباع حاجاته باعتدال، ويشمل كذلك المحافظة على الحواس وتنميتها واستخدامها فيما خلقت له. ويدخل في هذا النظافة وحسن المظهر باللباس الحسن والزينة المباحة.

2 - البعد النفسي:

ويشمل رعاية حقوق النفس من تزكيتها وتنميتها، وحمايتها من كل ما يدنسها أو يفسدها، كذلك حبها وقبولها والرضا عنها وعن قدراتها، ومعرفة حاجاتها وميولاتها، وإشباعها باعتدال، كذلك نهيها عن كل ما يغضب ربها، وحثها على العمل بما يرضيه I فتحصل لها السعادة وتقبل على الحياة بتفاؤل ورضا.

ويحرص الفرد على علاج الانحرافات التي تقع فيها النفس بالتوبة والاستغفار، ويحليها بالأخلاق الحسنة ويجنبها الأخلاق السيئة.

3 - البعد الاجتماعي :

ويشمل رعاية حقوق الناس ويدخل فيه محبتهم ورحمتهم، وإرادة الخير لهم، وحماية حقوقهم وأموالهم وأعراضهم وأسرارهم، ولين القول لهم وأمرهم بالمعروف بالحسنى ونهيهم عن المنكر بالتي هي أحسن. وبذل وجوه البر لهم وكف الأذى عنهم.

4 - البعد الروحي :

ويشمل رعاية حقوق الله، وذلك بمعرفته وحبه وإفراده بالعبادة بجميع أشكالها ، وبحب لقاء الله وكلامه ورسوله **e** والملائكة والأنبياء وسائر المؤمنين من الأنس والجن. فيكون من نتاج ذلك تمكين الإيمان في قلب العبد ويشع النور في عقله وبصيرته ويجلي بصره ويسدد حواسه فيتبع ما يرضاه الله ويجتنب ما يسخط ربه، فيترقى في المنازل حتى يصبح الله هو يده التي يبطش بها، ونظره الذي يبصر به، وسمعه الذي يسمع به، ورجله التي يمشي بها، وإن استعاذه يستجيب له ويعيذه، وإن استنصر بالله على أعدائه لينصرنه ويجيب دعوته، ثم إذا أحب الله العبد أمر جبريل بمحبته ثم طلب جبريل من الملائكة أن تحب هذا العبد، ثم يوضع له القبول في الأرض فيحبه أهل الأرض، وهذا مما ثبت في الحديث الصحيح. (المرجع السابق، ص ص. 322-323).

وهذه الأبعاد هي نتيجة للإيمان الصادق والتدين الحق، وتعتبر جنة ضد الغواية والاضطراب، والسلاح الذي يشهره الشخص المتدين في ما يعكر سلامته وطمأنينته، إذ إن خلو المشاعر من التدين يؤدي إلى سهولة الإصابة بالاضطرابات والضغوطات.

رابعا ــ مراتب التدين الإسلامي:

عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: **كان النبي e بارزا يوما للناس فأتاه جبريل فقال: ما الإيمان؟ قال: " أن تؤمن بالله وملائكته وبلقائه ورسله وتؤمن بالبعث". قال: ما الإسلام؟ قال: "الإسلام أن تعبد الله ولا تشرك به، وتقيم الصلاة،**

وتؤدي الزكاة المفروضة، وتصوم رمضان". قال: ما الإحسان؟ قال: "أن تعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك"... (البخاري،2004، ر. 50، و4777) ، (مسلم، 1972 ر. 9). من خلال هذا الحديث وغيره استنبطت مراتب التدين وكانت كالتالي:

1 ـ مرتبة الإيمان:

الإيمان أصله معرفة القلب وتصديقه، والإيمان بوجود خالق لهذا الكون أمر فطري في النفوس، ودلائل عظمة هذا الخالق تتجلى في مخلوقاته، وعليه جبلت القلوب على الإقرار بهذه الحقيقة.

2 ـ مرتبة الإسلام:

الإيمان مستلزم للإسلام، ورأس الإسلام مطلقا شهادة أن لا إله إلا الله، وبها بعث الله جميع الرسل كما 7 8 M D E F G H I J K L

M N P Q R S T U V W X Z [\

] ^ _ ` a b L **النحل.**

3 ـ مرتبة الإحسان:

هذه المرتبة لا تكون إلا إذا تحققت المرتبة الأولى والثانية معا، والإحسان هو الإتيان بالحسنات، والحسنات هي فعل الواجبات والمستحبات، وترك المحرمات والمكروهات، وفعل أو ترك المباحات لأنها مباحات، مع التصديق بذلك لله تعالى والإخلاص له فيه، ومع استحضار رؤية الله تعالى واطلاعه على الظاهر والباطن، لقوله 8 M **بَلَىٰ مَنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُۥ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَلَهُۥٓ أَجْرُهُۥ عِندَ رَبِّهِۦ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴿١١٢﴾** L **البقرة.** (ابن باديس، 1995، ص. 53).

4 ـ مرتبة الاستقامة:

الاستقامة كلمة جامعة آخذة بمجامع التدين، وهي القيام بين يدي الله على حقيقة الصدق والوفاء بالعهد، وهي تتعلق بالأقوال، والأفعال، والأحوال، والنيات. (ابن القيم، 1973، م. 2، ص. 105). 7 8 M! " # $ %& ' (

) * + , - . / 0 1 2 3 4 L

فصلت.

خامسا ــ أنماط التدين وخصائص كل نمط:

يختلف مشرب كل فرد للدين وطريقة تطبيقه، ويرجع هذا الاختلاف إلى ثلاثة عوامل:

1 ــ إن الدين رغم وحدته إلا أنه يتفرع إلى عناصر متعددة، ففيه العقيدة والشريعة والمنهاج و المعاملات والأخلاق، وكل شخص يأخذ من هذه الجوانب بقدر يختلف عن الشخص الآخر.

2 ــ الإنسان عند التطبيق يسلك طرائق عدة يراها صوابا.

3 ــ يتميز التدين الإسلامي بتعدد مستوياته، والتي يرقى فيها الإنسان، من مستوى إلى آخر في خط تصاعدي كلما استقام على هذا الدين، وهذه المستويات هي: الإسلام، والإيمان، والإحسان. (المهدي، 2002، ص. 35).

إذن من خلال تلك العوامل تتعدد نماذج الخبرة الدينية (التدين) التي نراها في حياتنا اليومية، وتصنف إلى الأنماط التالية:

1 ــ التدين المعرفي (الفكري):

نجد الشخص يعرف الكثير من أحكام الدين ومفاهيمه، ولكن هذه المعرفة تتوقف عند الجانب العقلاني الفكري ولا تتعداه فهي مجرد معرفة عقلية وبعض هؤلاء الأشخاص ربما يكونون بارعين في الحديث عن الدين أو الكتابة فيه وهم مع هذا لا يستقيمون على تعاليمه في حياتهم اليومية. (المرجع السابق، ص. 36).

2 ــ التدين العاطفي (الوجداني):

نرى الشخص يبدي عاطفة جارفة وحماسا كبيرا نحو الدين، ولكن هذا لا يواكبه معرفة جيدة بأحكام الدين ولا سلوكا مستقيما، وهذا النوع ينتشر عند الشباب خاصة حديثي التدين. وهي مرحلة يجب إكمالها بالجانب المعرفي والجانب السلوكي حتى لا تطيش أو تتطرف أو تتمحي. (المرجع السابق، ص. 37).

3 ــ التدين الطقوسي (تدين العبادة):

هنا نجد الشخص يقوم بأداء العبادات الدينية كعادة اجتماعية تعودها، وهذا النوع يمكن أن يكتمل ويرشد بإضافة الجانب المعرفي وإيقاظ الجانب الروحي. (نفس المرجع).

4 ــ التدين النفعي (المصلحي):

يلتزم الفرد بالكثير من مظاهر الدين الخارجية للوصول إلى مكانة اجتماعية خاصة أو تحقيق أهداف دنيوية شخصية، وهؤلاء الناس يستغلون احترام الناس للدين ورموزه، فيحاولون كسب ثقتهم ومودتهم بالتظاهر بالتدين، وتجده دائما حيث توجد المكاسب والمصالح الدنيوية الشخصية وتفتقده في المحن والشدائد. (المرجع السابق).

5 ــ التدين التفاعلي (تدين رد الفعل):

نجد هذا النوع من التدين في الأشخاص الذين قضوا حياتهم بعيدا عن الدين يلهون ويمرحون ويأخذون من متع الدنيا وملذاتها بصرف النظر عن الحلال والحرام، وفجأة نتيجة تعرض شخص من هؤلاء لموقف معين أو حادث معين، نجده قد تغير من النقيض إلى النقيض، فيبدأ في الاستقامة، ويتسم تدينه بالعاطفة القوية والحماس الزائد، ولكن مع هذا يبقى تدينه سطحيا تنقصه الجوانب المعرفية والروحية العميقة ــ وفي بعض الأحيان يتطرف هذا الشخص في التمسك بمظاهر الدين حفاظا على توازنه النفسي والاجتماعي وتخفيفا للشعور بالذنب الذي يلهب ظهره ــ وهذا النوع لا بأس به إذا وجد المجتمع المتقبل والمرشد لهذا الشخص التائب المتحمس ليكمل طريقة ويصعد مدارج السالكين برفق وروّية. (المرجع السابق، ص ص. 37ــ38).

6 ــ التدين الدفاعي (العصابي):

قد يكون الدين دفاعا ضد الخوف أو القلق، أو الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير، أو دفاعا ضد القهر والإحباط، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى التدين ليخفف من هذه المشاعر ويتخلص منها، وكلما زادت هذه المشاعر قوة كلما كان اتجاهه للدين أقوى، ولا بأس في ذلك إلا أن هذا التدين تنقصه الجوانب الروحية وجوانب المعاملات والنواحي الأخلاقية في الدين. ويحدث هذا النوع أيضا في بعض الأشخاص الذين يشعرون بالعجز في مواجهة المتطلبات احتماء به في مواجه الصعوبات التي عجزوا عن مواجهتها، وإيثارا للراحة في سبيل بعض المفاهيم شبه الدينية، فنجد الشخص من هؤلاء قد أهمل دراسته أو عمله أو

مسئولياته وتفرغ لممارسة بعض الشعائر الدينية التي لا تتطلب جهدا، أو مشقة وهدفه (غير المعلن) من ذلك هو تغطية قصوره وعجزه، والهرب من المواجهة الحقيقية مع الواقع. (المرجع السابق، ص. 38).

7 ــ التدين المرضى(الذهاني):

نواجه هذا النوع أثناء عملنا في العيادات والمستشفيات النفسية عند بعض المرضى مع بدايات الذهان (المرض العقلي)، حيث يلجأ المريض إلى التدين في محاولة منه لتخفيف حدة التدهور والتناثر المرضى، ولكن الوقت يكون قد فات فتظهر أعراض المرض العقلي مصطبغة ببعض المفاهيم شبه الدينية الخاطئة، فيعتقد المريض ويعلن أنه ولى من أولياء الله، أو أنه نبي بعث لهداية الناس، أو أنه المهدي المنتظر، ويتصرف على هذا الأساس، وعلى الرغم من فشل هذه المحاولة المرضية إلا أنها دليل على دور الدين في المحافظة على الشخصية في مواجهة التدهور والتناثر، و بمعني آخر نقول: إن التدين دفاع نفسي صحي ولكن بشرط أن يكون في الوقت المناسب وبطريقة منهجية مناسبة. (نفس المرجع).

8 ــ التدين التطرفي:

يعني الغلو في جانب أكثر من جوانب الدين بما يخرج الشخص عن الحدود المقبولة التي يقرها الشرع ويجمع عليها علماء الدين، إفراطا أو تفريطا، ويمكن تقسيم هذا النوع إلى التالي:

أ ــ التدين التطرفي الفكري:

حيث يصعب النقاش مع هذا الشخص حول ما توصل إليه من أفكار وينغلق على فكرة فلا يقبل فكرا أو رأيا آخر.

ب ــ التدين التطرفي العاطفي:

قد يكون التطرف في مجال العاطفة حيث تصبح عواطف الشخص كلها متركزة على الجوانب الدينية، ويصبح شديد الحساسية من هذه الناحية شديد المبالغة في الانفعال بها.

ج ــ التدين التطرفي السلوكي:

هنا نجد الشخص يبالغ مبالغة شديدة في أداء الشعائر الدينية الظاهرية بما يخرجه عن الحدود المقبولة شرعا، وقد يقوم بإلزام الآخرين على ذلك. (المرجع السابق، ص. 39).

9 ــ التدين التصوفي:

هو تجربة ذاتية شديدة الخصوصية يمر بها قليل من الناس لهم تركيب اجتماعي وروحي خاص، ولذلك فليس من السهل التعبير عنها بالألفاظ المعتادة، لأنها تحدث خارج حدود الألفاظ، ولكننا نستطيع أن نقول على وجه التقريب أنه في هذه الخبرة التصوفية يمر الشخص بفترة معاناة شديدة بين كثير من المتناقضات، ثم فجأة يحس أن هناك شيئا هائلا قد حدث وكأنه ولد من جديد، فأصبح يرى نفسه، ويرى الكون بشكل مختلف تماما، ويحس أن كثيرا من صراعاته قد هدأت، وأن كثيرا من الحجب والأقنعة قد كشفت، وأنه قد توحد مع الكون وعلى الرغم من عمق هذه التجربة وسحرها إلا أنها تبقى خبرة شخصية غير صالحة للتعميم، وهي فوق ذلك خبرة خطرة غير مأمونة، حيث تختلط فيها الإلهامات بالوساوس، فيرى بعضهم أشياء يعتقدها إلهامات وفي حقيقة الأمر هي تلبيسات شيطانية. إذن فهي منطقة تيه وخطر. (المرجع السابق).

10 ــ التدين الحق:

هنا نجد الشخص يملك معرفة دينية كافية وعميقة، وعاطفة دينية تجعله يحب دينه ويخلص له مع سلوك يوافق كل هذا، وهنا يكون الدين هو الفكرة المركزية المحركة والموجهة لكل نشاطات هذا الشخص. ونجد قوله متفقا مع عمله وظاهرة متفقا مع باطنه، في انسجام تام، وهذا الشخص المتدين تدينا نجده يسخر نفسه لخدمة دينه وليس العكس، وإذا وصل الإنسان لهذا المستوى من التدين الحق، شعر بالأمن والطمأنينة والسكينة، ووصل إلى درجة من التوازن النفسي تجعله يقابل المحن والشدائد بصبر ورضا، وإذا قابلت هذا الشخص وجدته هادئا سمحا، راضيا متزنا في أقواله وأفعاله، ووجدت نفسك تتواصل معه في سهولة ويسر وأمان. (المرجع السابق، ص. 40).

وسماحة هذا النوع وسهولة الاتصال به وصفها النبي e في قوله: " ...**إنما المؤمن كالجمل الأنف، حيثما قيد انقاد"**. (ابن ماجه، 1954، ر. 43) ، (الحاكم، 1990، ر. 331) ، (أحمد، 1983، م.4، ص. 126)، (الطبراني، ج. 18، ص. 247، ر. 619). و هو حديث صحيح .

وفي رواية أخرى تتقوى بما قبلها عن ابن عمر رضي الله عنهما مرفوعا: " **المؤمنون هينون لينون، كالجمل الأنف، إن قيد انقاد، وإذا أنيخ على صخرة إستناخ"**. (العقيلي، 1984، ر. 214)، (القضاعي، 1986، ر. 139).

سادسا ــ علامات التدين المرضي:

هناك صفات عامة تميز التدين المرضي يراها الدارسون ومنهم المهدي (2002) نوردها فيما يلي:

1 ــ تضخيم قيمة اللفظ على حساب المعنى.

2 ــ إعلاء قيمة المظاهر الخارجية للدين على حساب المعني الروحي العميق للدين.

3 ــ إعاقة النمو النفسي والاجتماعي والروحي، والتكامل الشخصي.

4 ــ الانشقاق بين ما يبديه الشخص من مظهر ديني وبين ما يضمره من أفكار وأحاسيس.

5 ــ الميل للاغتراب بعيدا عن حقيقة الذات، والتعصب والتشدد خارج الحدود المقبولة شرعا.

6 ــ تضخيم ذات الشخص وتعظيمها والرغبة في السيطرة القهرية على فكر ومشاعر وسلوك الآخرين.

7 ــ الرفض الصلب والعنيد لأي رأي آخر مع القدرة على تحمل المناقشة الموضوعية.

8 ــ احتقار الذات وما يستتبع ذلك من الميل إلى السلبية والهروب من مواجهة الواقع. (المهدي، 2002، ص. 40).

سابعا ــ التدين ومظاهر الصحة وأركانها:

أ ــ التدين ومظاهر الصحة:

اختلفت مظاهر الصحة من دراسة إلى أخرى ومن عالم إلى آخر، وذلك باختلاف نظرتهم إلى الإنسان وطبيعته، وإلى اختلاف الثقافة التي يعايشها كل منهم. فبعضهم اهتم بالجانب النفسي، والبعض الآخر اهتم بالجانب الانفعالي، و أُهمل الجانب الروحي عن قصد أو عن غير قصد، ومما سبق اتضح ضرورة وضع مظاهر للصحة تتناول جميع مكونات النفس الإنسانية في شمول وتكامل مستمدة من آيات القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، ومن هذه المظاهر:

1 ــ التكوين الروحي:

يقصد بالجانب الروحي صلة العبد بربه والتي يحفظ بها سموه وكماله واستقامته، وتتضمن: أركان الإيمان، وأداء العبادات مع الإحساس الدائم بالقرب من الله. 7 8 M **وَيَسْـَٔلُونَكَ عَنِ ٱلرُّوحِۖ قُلِ ٱلرُّوحُ مِنۡ أَمۡرِ رَبِّي وَمَآ أُوتِيتُم مِّنَ ٱلۡعِلۡمِ إِلَّا قَلِيلٗا ٨٥** L **الإسراء.**

2 ــ التكوين الجسمي:

إن تحقيق الغاية من وجوب طاعة الله وعبادته والدعوة إليه تحتاج إلى جهد وطاقة جسدية؛ لذا يحث الإسلام على الاعتناء بالبدن وصحته وقوته.

3 ــ التكوين العقلي:

يشمل الوظائف العقلية مثل: الذكاء العام والقدرات الخاصة والعمليات العقلية كالإدراك والحفظ والتذكر والتخيل ...إلخ. ويوجهنا القرآن الكريم إلى إعلاء قيمة العقل، ويدعو الإنسان إلى أن ينمي عقله بالعلم والتأمل والتفكر، 7 8 M **سَنُرِيهِمۡ ءَايَٰتِنَا فِي ٱلۡأٓفَاقِ وَفِيٓ أَنفُسِهِمۡ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَهُمۡ أَنَّهُ ٱلۡحَقُّۗ أَوَلَمۡ يَكۡفِ بِرَبِّكَ أَنَّهُۥ عَلَىٰ كُلِّ شَيۡءٖ شَهِيدٌ ٥٣** L **فصلت.**

4 ــ التكوين الانفعالي:

يتضمن أساليب النشاط المتعلقة بالانفعالات المختلفة، مثل: الحب والكره والخوف والغضب، والبهجة والسرور...إلخ. وجاء في القرآن الكريم وصف دقيق

لكثير من الانفعالات التي يشعر بها الإنسان، 7 8 M 7 8 9 : ;
< = > ? @ A B C D E F G H L **الأنفال.**

ونادى الإسلام بضبط هذه الانفعالات وتعديلها، فيكون حبه وفرحه وحزنه وغضبه في حدود حتى يشعر الإنسان بالأمن والاطمئنان، 7 8 M **لِّكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ ۗ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ ﴿٢٣﴾** L **الحديد.**

وقال النبي e: "**ليس الشديد بالصرعة إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب**" (البخاري، 2004، ر. 6114)، (مسلم، 1972، ر. 2609).

فالانفعالات المعتدلة لها تأثير كبير على التمتع بالصحة السوية؛ لأنه يصاحبها عادة حالة وجدانية سارة، فيطمئن قلبه ويتحرر من الضغوط والمخاوف، ويتصل قلبه دائما بذكر الله في السراء والضراء.

5 ــ التكوين الاجتماعي:

يتمثل هذا الجانب بالتنشئة الاجتماعية للشخص في الأسرة والمدرسة والمجتمع، والمعايير الاجتماعية، والاتجاهات، والقيادة والتبعية، والعلاقات الاجتماعية بالآخرين، 7 8 M E F G H I J K L M N O Q R S T U W X Y Z [ ] L **الحجرات.**

ب ــ التدين وأركان الصحة:

الدين الإسلامي يحقق أركان الصحة في بناء شخصية المسلم بتنمية الصفات الأساسية التالية:

1 ــ التوحيد الخالص لله تعالى:

يتم بتنفيذ ما جاء في وصية الرسول صلى الله عليه وسلم لعبد الله بن عباس رضي الله عنهما حيث قال e له: "**يا غُلامُ إني أُعَلِّمُكَ كَلِماتٍ: احْفَظِ اللَّهَ يَحْفَظْكَ، احْفَظِ اللَّهَ تَجِدْهُ تُجاهَكَ، إذَا سَأَلْتَ فاسألِ اللَّهَ، وَإذَا اسْتَعَنْتَ فاسْتَعِنْ باللَّهِ، وَاعْلَمْ أنَّ الأُمَّةَ لَو اجْتَمَعَتْ على أنْ يَنْفَعُوكَ بِشَيْءٍ لَمْ يَنْفَعُوكَ إلاَّ بِشَيْءٍ قَدْ كَتَبَهُ اللَّهُ لَكَ، وَإنِ اجْتَمَعُوا على أنْ يَضُرُّوكَ بِشَيْءٍ لَمْ يَضُرُّوكَ إلا بِشَيءٍ قد كَتَبَهُ اللَّهُ عَلَيْكَ، رُفِعَتِ الأقْلامُ وَجَفَّتِ الصُّحُفُ**". (الترمذي، 2002، ر. 2524).

وفي رواية غير الترمذي زيادة: "**احْفَظِ اللَّهَ تَجِدْهُ أمامَكَ، تَعَرَّفْ إلى اللّه في الرَّخاءِ يَعْرِفْكَ في الشِّدَّةِ، وَاعْلَمْ أنَّ ما أخْطأكَ لَمْ يَكُنْ لِيُصِيبَكَ، وَمَا أصَابَكَ لَمْ يَكُنْ لِيُخْطِئَكَ وَاعْلَمْ أنَّ النَّصْرَ مَعَ الصَّبْرِ، وأنَّ الفَرَجَ مَعَ الكَرْبِ، وأنَّ مَعَ العُسْرِ يُسراً**" (أحمد، 1983، م. 1، ص. 293).

2 ــ الثبات والتوازن الانفعالي:

يحدث للفرد المرتفع التدين الثبات في جميع جوانب النفس، وبذلك تتزن نفسيته، ويحدث له تكيفا شاملا، ينتج عنه التمتع بجودة الحياة، 7 8 M =

> ? @ A B C D E F G I J K

M N O P Q L **إبراهيم** .

3ــ الصبر عند الشدائد:

هو خلق فاضل من أخلاق النفس يمنع صاحبه من فعل ما لا يحسن ولا يجمل، وهو قوة من قوى النفس التي بها صلاح شأنها وقوام أمرها.(ابن القيم، 1998، ص. 18). 7 8 M J K L M N O Q R S U

V W X L **البقرة**. وقال الرسول **e**:"**عجبا لأمر المؤمن، إن أمره كله خير، وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن، إن أصابته سراء شكر فكان خيرا له، وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرا له**". (مسلم، 1972، ر. 2999).

4ــ الرضا والتسليم لأمر الله:

من علامة الرضا عن الله والتسليم له، الرضا بقضاء الله، وهو سكون القلب إلى أحكام الله والتفويض إلى الله. (المحاسبي، 1984، ص. 151). 7 8 M !

" # $ % & ( ) * + , - . 0 1 2 3 4

5 6 8 9 : ; < = L **البقرة**. وقال النبي **e**: "**المؤمن بخير على كل حال، تنزع نفسه من بين جنبيه، وهو يحمد الله** ". (النسائي، 1991، ر. 1842) ، (الألباني، 1995، ج. 4، ر. 1632).

5 ــ التفاؤل وعدم القنوط:

الفأل محمود الأثر مؤنس الخبرة، مرغوب الفعل لأن فيه تنفيذ الآراء وتقوية العزائم، ومعونة على الظفر، والبعث على الجد، 7 8 M ! " # $ % & ' ( ) * + , - . / 0 1 2 3 4 5 6 L **يوسف.**

6 ــ توافق الفرد مع نفسه:

توافق الفرد مع نفسه يعود بالأثر الإيجابي على صحته النفسية والجسدية، لذلك حرصت السنة النبوية على التوافق، فعن عائشة رضي الله عنها: أن النبي **e** بعث إلى عثمان بن مظعون فجاءه، فقال: "**يا عثمان أرغبت عن سنتي؟**" قال: لا، والله يا رسول الله، ولكن سنتك أطلب. قال: "**فإني أنام وأصلي، وأصوم وأفطر، وأنكح النساء، فاتق الله يا عثمان فإن لأهلك عليك حقا، وإن لضيفك عليك حقا، وإن لنفسك عليك حقا، فصم وأفطر، وصل ونم**". (أبو داود، 2001، ر. 1369).

7ــ توافق الفرد مع الآخرين:

الفرد يعيش في مجتمع تجمعه مع بني جلدته قيم، ومعايير وعادات وتقاليد، لذلك يجب عليه التفاعل، ومحاولة التكيف معهم، وقد أشار القرآن الكريم، والسنة النبوية الشريفة إلى الأساليب المساهمة في إحداث التكيف، 7 8 M Z [\ ] ^ _ ` a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x L **فصلت**. وقال النبي **e**: "**المؤمن الذي يخالط الناس ويصبر على آذاهم، أفضل من المؤمن الذي لا يخالط الناس ولا يصبر على أذاهم**". (الترمذي، 2002، ر. 2515)، (ابن ماجه،1954، ر. 4032)، (أحمد، 1983، م. 2، ص. 43). وسنده صحيح.

8 ــ الاستقامة على دين الله تعالى:

الاستقامة كلمة جامعة آخذة بمجامع الدين، وهي القيام بين يدي الله على حقيقة الصدق، والوفاء بالعهد، والاستقامة تتعلق بالأقوال والأفعال والأحوال والنيات، فالاستقامة فيها: وقوعها لله، وبالله، وعلى أمر الله. (ابن القيم، 1973، م. 2،

ص. 105). M 8 7 إِنَّ ٱلَّذِينَ قَالُواْ رَبُّنَا ٱللَّهُ ثُمَّ ٱسۡتَقَٰمُواْ فَلَا خَوۡفٌ عَلَيۡهِمۡ à هُمۡ â

﴿١٣﴾ L **الأحقاف**. وعن سفيان بن عبد الله الثقفي قال: قلت: يا رسول الله قل لي في الإسلام قولا لا أسأل عنه أحدا غيرك ... قال: "**قل آمنت بالله ثم استقم**". (أحمد، 1983، م. 3، ص. 413).

ثامنا ــ التدين و امتلاك الصحة:

تتكون النفس البشرية حسب الوجهة الدينية من طاقة الحب، وطاقة التعظيم والخضوع، وطاقة الخوف والرجاء، وبعد معرفة خريطة النفس الإنسانية كيف تمتلك الصحة؟

تمتلك الصحة إذا سارت كل طاقة في مجراها السليم، فطاقة الحب يجب أن تتجه إلى حب الله تبارك وتعالى، لأنه هو الذي أنعم علينا بنعمة الإسلام والإيمان والصحة والولد والمال، ويجب أن يحكّم شرعه في حب الأموال والتجارة والعشيرة والزوجة ، ونجعل علاقتنا مع جميع الناس تدور على رحاب الدين.

وأما طاقة التعظيم والخضوع فيجب أن يعظم كلام الله وأوامره ونواهيه وحلاله وحرامه وأنبياءه، وأن يطبق دينه جملة وتفصيلا.

وأما طاقة الخوف والرجاء فيجب أن يخاف مقام الله وناره، وأن يرجو عطاءه غير المحدود وكرمه الذي لا ينتهي، عن أنس رضي الله عنه: " أن النبي e دخل على شاب وهو بالموت فقال: "**كيف تجدك؟**" قال: والله يا رسول الله إني أرجو الله وإني أخاف ذنوبي . فقال رسول الله e : "**لا يجتمعان في قلب عبد في مثل هذا الموطن إلا أعطاه الله ما يرجو وأمنه مما يخاف**". (الترمذي، 2002، ر. 985)، (ابن ماجه، 1954، ر. 4261)، وسنده حسن.

تاسعا ــ التدين الإسلامي والطب الوقائي:

الإسلام غطّى جميع أوجه الطب الوقائي.. و صحة الأديان من صحة الأبدان

ما هو الطب الوقائي ؟!

الطب الوقائي هو علم المحافظة على الفرد والمجتمع في أحسن حالاته الصحية، وذلك بطريقين:

1- وقايته من الأمراض قبل وقوعها، ومنع انتشار العدوى إذا وقعت.

2 - صيانة صحته بتحسين ظروف معيشته ومنع الحوادث وأسباب التوتر العصبي. (الفنجري، 1991، ص. 11).

وهكذا يكون الإسلام أول دين في تاريخ الإنسانية يخلق الأسلوب العقدي في الطب الوقائي ويطبقه بنجاح، قبل أن تلجأ إليه الدول الأخرى وتنسبه إليها. فالإسلام لم يأتِ لعلاج الأمراض الجسمية، والقرآن الكريم ليس كتاب طب أو صيدلة، ولكنه كتاب حياة للأنفس بدونه لا تجد للحياة طعما ولا طمأنينة، والإسلام قد جاء للدين والدنيا معاً، وجاء لبناء مجتمع مثالي على ظهر الأرض، حيث يكون هذا المجتمع متكاملاً في جميع النواحي الأخلاقية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والعسكرية وأيضاً الصحية؛ ولذلك فقد حرص الإسلام على إعطائنا الأوامر والتعاليم الطبية الوقائية التي تؤدي إلى ما نسميه (بالمجتمع الصحي). وقد تناولت تعاليم الإسلام الصحية جميع أبواب الطب الوقائي وفروعها. (المرجع السابق، ص. 15).

كما رسّخ القران الكريم القواعد والأسس الكفيلة للوقاية من الأمراض الجسمية والنفسية ، ولم يزد الأطباء المنادون بالصحة الوقائية اليوم شيئا عن ما سنه **e**.

فأشار إلى الحمية، ومنع إدخال الطعام على الطعام، وأمر بتقليم الأظافر، ونتف الإبط، وحلق العانة، واستعمال السواك، ونهى عن البول في الماء الراكد، وقرر طهارة سؤر المؤمن، ونجاسة الكلب المؤدي إلى الكلب، وعدم التداوي بالنجسات، أو الأدوية الخبيثة، وبين قواعد شرب الماء وآدابه، وورد استعمال السنة في هديه **e** لعلاج الإمساك.

وأوصى بالجماع واختيار البكر حتى يبتعد عن المسلم هدة الشبق المغمى على العقل المكدر بصر البصيرة، الصاد على الفكر بابه، فقال e: "**حبب إلي من دنياكم النساء والطيب وجعلت قرة عيني في الصلاة** ". (النسائي، 1991، ر: 3949، 3950)، (أحمد، 1983، م. 3، ص. 128، 199، 285).

وأشار إلى فوائد الرضاعة من لبن الأم وأبرز أهميته، ونهى عن الغيلة، وتحدث عن الأعراض النفسية من غضب وفرح وحياء، وهم وحزن، وعجز وكسل، وخجل وحقد، وألفة وصبر، مع التيسير على الناس والتخفيف عنهم والرفق بهم.

ولم ينس تبيان القواعد الاجتماعية المثلى فحارب العزلة المؤدية للانطوائية والوحدة، والاضطرابات النفسية المعطلة للفكر، فبين إثم القاطع، وفضل صلة الرحم وحق الجوار، وطيب الكلام، وحث على المعروف ودعا لمكارم الأخلاق لما فيها من متانة في الترابط، وحضرة وولاء ومساندة اجتماعية ، وتوطيد روابط المحبة مع الشعور بالانتماء، وبعّد عن الآفات مثل الأنانية والتعديات على الحقوق، وأكل أموال الناس بالباطل، وقتل النفس التي حرم الله قتلها إلا بالحق.

فجمع بين علاج الجسد والروح، والعقل والنفس، بل أعجز العقول من معجزات علمية لم يكتشفها الطب الحديث إلا من قريب، كمراحل النمو الجنيني قال عبد الله : حدثنا رسول الله e وهو الصادق المصدوق قال: "**إن أحدكم يجمع في بطن أمه أربعين يوما، ثم يكون علقة مثل ذلك، ثم يكون مضغة مثل ذلك، ثم يبعث الله ملكا فيؤمر بأربع كلمات، ويقال له اكتب عمله، و رزقه، و أجله، وشقي أم سعيد، ثم ينفخ فيه الروح، فإن الرجل منكم ليعمل حتى ما يكون بينه وبين الجنة إلا ذراع فيسبق عليه كتابه فيعمل بعمل أهل النار. ويعمل حتى ما يكون بينه وبين النار إلا ذراع فيسبق عليه الكتاب فيعمل بعمل أهل الجنة**". (البخاري، 2004، ر. 3208، 3332، 6594، 7454)، (مسلم، 1972، ر. 2643).

وكشبه الولد لأبيه عن عائشة رضي الله عنها : أن امرأة قالت لرسول الله e: هل تغتسل المرأة إذا احتلمت وأبصرت الماء؟ فقال: "**نعم**". فقالت لها عائشة: تربت يداك وألت. قالت: فقال رسول الله e: "**دعيها وهل يكون الشبه إلا من قبل**

ذلك، إذا علا ماؤها ماء الرجل أشبه الولد أخواله، وإذا علا ماء الرجل ماءها أشبه أعمامه". (مسلم، 1972، ر. 314).

وعن ثوبان ـــ رضي الله عنه ـــ مولى رسول الله e قال: كنت قائما عند رسول الله e فجاء حبر من أحبار اليهود فقال: ... قال: وجئت أسألك عن شيء لا يعلمه أحد من أهل الأرض، إلا نبي أو رجل أو رجلان. قال: "**ينفعك إن حدثتك؟**" قال: أسمع بأذني. قال: جئت أسألك عن الولد؟ قال: "**ماء الرجل أبيض، وماء المرأة أصفر، فإذا اجتمعا فعلا مني الرجل مني المرأة أذكرا بإذن الله، وإذا علا مني المرأة مني الرجل آنثا بإذن الله**". قال اليهودي: لقد صدقت وإنك لنبي ثم انصرف فذهب. فقال رسول الله e: "**لقد سألني هذا عن الذي سألني عنه وما لي علم بشيء منه حتى أتاني الله به**". (مسلم، 1972، ر. 315). فصلى الله عليه وسلم. (الذهبي، 2004، ص ص. 20-22). كما شملت نظرة الدين أوجه الطب الوقائي التالية:

1 ـــ النظافة:

اهتم الإسلام بالنظافة الشخصية ونظافة البيئة بفرضه للوضوء والطهارة من الحدث وطهارة الثوب والمكان لما للوضوء و الغسل من فوائد منها:

أ - الوقاية من انتقال الكثير من الأمراض المعدية.

ب - تنشيط الدورة الدموية وتجديد حيوية الجسم بتنبيه الأعصاب وتدليك الأعضاء سلامة وظائف الجلد العديدة بالاغتسال، وأهمها نقل الإحساس (Sensibilité) وتنظيم الحرارة بتخليص الجسم من الأدران العالقة به (hygiène). 7 8 M وَثِيَابَكَ فَطَهِّرْ ﴿٤﴾ L **المدثر.** (الذهبي، 2004، ص. 11)

وقال e: "**حق على كل مسلم أن يغتسل في كل سبعة أيام يوما يغسل فيه رأسه وجسده**". (البخاري، 2004، ر. 897)، (مسلم، 1972، ر. 849).

وقال أيضا e: "**وإذا توضأت فاغسل يديك فإنك إذا غسلت يديك خرجت خطاياك من أطراف أناملك، ثم إذا غسلت وجهك خرجت خطاياك من وجهك، ثم إذا مضمضت واستنثرت خرجت خطاياك من مناخرك، ثم إذا غسلت يديك خرجت**

خطاياك من ذراعيك، ثم إذا مسحت برأسك خرجت خطاياك من أطراف شعرك، ثم إذا غسلت رجليك خرجت خطاياك من رجليك" (ابن خزيمة، 1975، ر. 260).

وقال أيضا: "**من بات و في يده غمر فعرض له عارض فلا يلومن إلا نفسه"**. (الترمذي، 2002، ر. 1866)، (الحاكم، 1990، ر. 7197، 7198).

واعتنى الإسلام أيضا بنظافة الأسنان، قال **e**: "**السواك مطهرة للفم، ومرضاة للرب"**. (النسائي، 1991، ر. 5)، (ابن ماجه، 1954، ر. 289).

وشدد الإسلام في ترك الطعام والشراب مكشوفا حتى لا يتعرض للغبار أو الذباب أو الحشرات، قال **e**: "**إذا سمعتم نباح الكلاب ونهاق الحمير من الليل فتعوذوا بالله، فإنها ترى ما لا ترون، وأقلوا الخروج إذا هدأت الرجل، فإن الله عز وجل يبث في ليلة من خلقه ما شاء، وأجيفوا الأبواب، واذكروا اسم الله عليها، فإن الشيطان لا يفتح بابا أجيف وذكر اسم الله عليه، وأوكئوا الأسقية، وغطوا الجرار، واكفؤا الآنية"**. (أحمد، 1983، م. 3، ص. 306).

وقال أيضا: "**غطوا الإناء وأوكوا السقاء فإن في السنة ليلة ينزل فيها وباء لا يمر بإناء ليس عليه غطاء أو سقاء ليس عليه وكاء إلا نزل فيه من ذلك الوباء"**. (مسلم، 1972، ر. 2014).

ونهى الرسول الكريم **e** أن يشرب الإنسان من فم السقاء لأن ذلك ينتن الشراب، وينقل العدوى لكثير من الأمراض مثل التهاب الحلق والفم والانفلونزا، ولذلك قال أبو سعيد الخدري رضي الله عنه: " **نهى رسول الله e عن اختناث الأسقية أن يشرب من أفواهها"**. (مسلم، 1972، ر. 2023).

كما حث الإسلام على نظافة مصادر المياه كمياه الأنهار والآبار، فقد شدد الإسلام على تلويثها بإلقاء الزبالة أو النجاسة فيها، ونهى عن التبرز أو التبول في الماء أو على شواطئه، فالماء الملوث ينقل الكوليرا والتيفوئيد وشلل الأطفال، والتهاب الكبد المعدي، وينقل ديدان البلهارسيا عند التبول فيه، وينقل الانكلستوما عن طريق التبرز في الطين قرب الشاطئ. قال **e**: "**اتقوا الملاعن الثلاثة البراز في الموارد وقارعة الطريق والظل"**. (أبو داود، 2001، ر. 26).

وقال أيضا e: "**لايبولن أحدكم في الماء الدائم ثم يغتسل منه**". (أبو داود، 2001، ر. 69). (الفنجري، 1991، ص. 29).

وأمر الإسلام بتنظيف المساكن والشوارع وكل أرجاء المدينة، فمنع إلقاء القاذورات و تجميعها في البيوت أو تركها في الشوارع، قال e: " **نظفوا أفنيتكم ولا تشبهوا باليهود**". (الترمذي، 2002، ر. 2808).

وذكر برناردشو في كتابه "حيرة الطبيب" (Dilemma Doctors) أنه عندما ابتدأت بريطانيا في استعمار العالم الإسلامي عملت على إجبار سكان جزر السندويتش على ترك الإسلام، فما أن نجحت في ذلك حتى ابتدأت الأوبئة الفتاكة تظهر بينهم وتقضي عليهم بسبب تركهم لتعاليم النظافة في هذا الدين. (الفنجري، 1991، ص.).

وأمر النبي e بغسل الإناء الذي ولغ فيه الكلب ثمان مرات بالماء أولاهن بالتراب، عن أبي هريرة قال: قال رسول الله e: "**طهور إناء أحدكم إذا ولغ فيه الكلب أن يغسله سبع مرات أولاهن بالتراب**". (مسلم، 1972، ر. 279).

وأمر أيضا بغمس الذبابة داخل إناء الشراب إذا وقعت على الشراب، فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال النبي e: "**إذا وقع الذباب في شراب أحدكم فليغمسه، ثم لينزعه فإن في إحدى جناحيه داء، و الأخرى شفاء**". (البخاري، 2004، ر. 3320، 5782).

وفي رواية أحمد عن سعيد بن خالد قال: دخلت على أبي سلمة، فأتانا بزبد وكتلة، فأسقط ذباب في الطعام، فجعل أبو سلمة يمقله بأصبعه فيه، فقلت: يا خال ما تصنع؟ فقال: إن أبا سعيد الخدري حدثني عن رسول الله e قال: "**إن أحد جناحي الذباب سم، والآخر شفاء، فإذا وقع في الطعام فأمقلوه، فإنه يقدم السم، ويؤخر الشفاء**". (أحمد، 1983، م. 3، ص. 67).

إن كثيرا من الناس يتوهمون أن هذا الحديث يخالف ما يقرره الأطباء، وهو أن الذباب يحمل بأطرافه الجراثيم، فإذا وقع في الطعام أو في الشراب علقت به تلك الجراثيم، و الحقيقة أن الحديث لا يخالف الأطباء في ذلك، بل هو يؤيدهم، إذ يخبر أن في أحد جناحيه داء، و لكنه يزيد عليهم، فيقول: "**وفي الآخر شفاء**"، فهذا مما لم يحيطوا بعلمه، فوجب عليهم الإيمان به إن كانوا مسلمين، وإلا فالتوقف إذا

كانوا من غيرهم، إن كانوا عقلاء علماء، ذلك لأن العلم الصحيح يشهد أن عدم العلم بالشيء لا يستلزم العلم بعدمه. نقول ذلك على افتراض أن الطب الحديث لم يشهد لهذا الحديث بالصحة، وقد اختلفت آراء الأطباء حوله، وقرأت مقالات كثيرة في مجالات مختلفة، كل يؤيد ما ذهب إليه، تأييدا أو ردا، ونحن بصفتنا مؤمنين بصحة الحديث، وأن النبي **e** M + , - . . / 0 1 2 3 4 5 L **النجم**.

ولا يهمنا كثيرا ثبوت الحديث من وجهة نظر الطب، لأن الحديث برهان قائم في نفسه لا يحتاج إلى دعم خارجي، ومع ذلك فان النفس تزداد إيمانا حين ترى الحديث الصحيح يوافقه العلم الصحيح، ولذلك فلا يخلوا من فائدة أن أنقل إلى القراء خلاصة محاضرة ألقاها أحد الأطباء في جمعية الهداية الإسلامية في مصر حول هذا الحديث قال: "يقع الذباب على المواد القذرة المملوءة بالجراثيم التي تنشأ منها الأمراض المختلفة، فينقل بعضها بأطرافه، ويأكل بعضا، فيتكون في جسمه من ذلك مادة سامة يسميها علماء الطب بـــ "مبعد البكتيريا"، وهي تقتل كثيرا من جراثيم الأمراض ولا يمكن لتلك الجراثيم أن تبقى حية، أو يكون لها تأثير في جسم الإنسان في حال وجود مبعد البكتيريا، وأن هناك خاصية في أحد جناحي الذباب، هي أنه يحول البكتيريا إلى ناحيته، وعلى هذا فإذا سقط الذباب في شراب أو طعام، وألقى الجراثيم العالقة بأطرافه في ذلك الشراب، فإن أقرب مبيد لتلك الجراثيم، وأول واق منها هو مبعد البكتيريا الذي يحمله الذباب في جوفه قريبا من أحد جناحيه. فإذا كان هناك داء فدواؤه قريب منه، وغمس الذباب كله وطرحه كاف لقتل الجراثيم التي كانت عالقة وكاف في إبطال عملها". وقد قرأت قديما في هذه المجلة بحثا ضافيا في هذا المعنى للطبيب الأستاذ سعيد السيوطي (مجلد العام الأول)، و قرأت في المجلد العام الفائت (ص. 503) كلمة للطبيبين محمود كمال ومحمد عبد المنعم حسين، نقلا عن (مجلة الأزهر).(الألباني، 1995، ج1 ص ص. 97-98).

2 ـــ سنن الفطرة:

أوجب الإسلام ختان الذكور، وشرعه للإناث إذا دعت الحاجة إليه عن الضحاك بن قيس قال: كانت بالمدينة امرأة تخفض النساء يقال لها: أم عطية فقال

لها رسول الله e : "**اخفضي و لا تنهكي، فإنه أنضر للوجه، وأحظى عند الزوج**". (الحاكم، 1990، ر. 6236)، (الطبراني، د. ت.، ر. 8137).

وأوجب حلق شعر العانة ونتف الإبط للذكر والأنثى، كما أمر بقص شعر الشارب للرجال قال e : "**خمس من الفطرة الختان، والاستحداد، ونتف الإبط، وتقليم الأظفار، وقص الشارب** ". (البخاري، 2004، ر. 5889).

ووقت لذلك أربعين يوما وليلة، عن أنس بن مالك قال: " **وقت لنا رسول الله e حلق العانة وتقليم الأظفار وقص الشارب ونتف الإبط أربعين يوما**". (أبوداود، 2001، ر. 4200)،(الترمذي، 2002، ر. 2768).

وأمر بتوفير اللحية فعن ابن عمر رضي الله عنهما: عن النبي e قال: "**خالفوا المشركين، وفروا اللحى، وأحفوا الشوارب**". (البخاري، 2004، ر. 5892)، (مسلم، 1972، ر. 259).

3 ــ الصلاة:

للصلاة التي هي موزعة على سائر اليوم والليل فوائد روحية وبدنية منها:

أ ــ للسجود فيها من أثر هام على الأوعية الدماغية، وعلى وظائف الدماغ من تفكير وإبداع، فكلما كانت حالة الأوعية الدماغية جيدة كان وارد الدماغ من الغذاء والأوكسجين جيدا، إن انخفاض الرأس إلى الأسفل أثناء السجود يؤدي إلى احتقان دموي في الأوعية، وعند الارتفاع في كل ركعة مابين ركوع وسجود وتكراره حوالي (100) مرة في صلاة الفرض، تزداد مرونة الأوعية الدموية مابين انقباض وانخفاض فتقوى جدرانها وعضلاتها مما يحسن وظائف الدماغ بسبب كفاءة التروية الدماغية.

ب ــ تساهم الصلاة في تحريك جميع عضلات الجسم القابضة والباسطة وتحريك جميع المفاصل حتى العمود الفقري.

ج ــ إضافة إلى ذلك تنشط الدورة الدموية.

د ــ تروض الجسم على التأقلم على الوضعيات المفاجئة المؤدية للدوار وغيره.

هــ ــ تمد المؤمن بحيوية نفسية فياضة تعينه على مواجهة ضغوط الحياة

ومصائب الدنيا مصداقا لقوله تعالى: Mوَٱسۡتَعِينُواْ بِٱلصَّبۡرِ وَٱلصَّلَوٰةِۚ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى

© ﴿٤٥﴾ L **البقرة.** (الذهبي، 2004، ص ص. 11-12)

وقد حدث حذيفة رضي الله عنه: "**أن النبي e كان إذا حزبه أمر فزع إلى الصلاة**". (حزبه) أي نابه وألم به أمر شديد. (أبو داود، ، ر. 1319)، (أحمد، 1983، م. 5، ص. 388).

ففي الصلاة يفضي المؤمن إلى ربه بذات نفسه، فيشكو بثه وحزنه ويستفتح باب رحمته، فيشعر بالسكينة والرضا، ويبدأ صلاته بالتكبير فيوقن أن الله أكبر من كل ما يروعه، ويقرأ فاتحة الكتاب فيجد فيها تغذية للشعور بنعمة الله وعظمته وعدله والحاجة إلى عونه وهدايته وهذا ما لا يقدمه علماء النفس مجتمعون في مجتمعات الغرب وأمريكا.

و ــ كما لا يخفى ما للأثر النفسي من انعكاس على صحة الجسم مثل:الضغط، والقلق، والاكتئاب، والروع، والخوف، والشعور بالهزيمة لأن الانفعالات النفسية مرتبطة ارتباطا وثيقا بإفراز الهرمونات المؤثرة على حسن سير الأعضاء الجسمية وأجهزته. (الذهبي، 2004، ص. 12).

ز ــ للصلاة هدف أسمى يتمثل في تنظيف الباطن والتخلي عن الفحشاء والمنكر 7 8 M ٱتۡلُ مَآ أُوحِيَ إِلَيۡكَ مِنَ ٱلۡكِتَٰبِ وَأَقِمِ ٱلصَّلَوٰةَۖ ´ µ ¶ ¸ ٱلۡفَحۡشَآءِ وَٱلۡمُنكَرِۗ وَلَذِكۡرُ ٱللَّهِ أَكۡبَرُۗ وَٱللَّهُ يَعۡلَمُ مَا تَصۡنَعُونَ ﴿٤٥﴾ L **العنكبوت.**

ح ــ الصلاة تدريب سلوكي يصحح كثيرا من أخطاء البشر في التعامل ويمهد الإنسان لصحة أسلم.

4 ــ الصوم:

لقد شرع الله تعالى لنا الصوم منذ طلوع الفجر حتى غروب الشمس، مدة شهر واحد من كل عام، 7 8 M 3 4 5 6 7 8 9 : ; < = > ? @ A L **البقرة.** لما له من منافع تعود على الصحة بالفائدة من بينها:

أ ــ يريح الجهاز الهضمي بسبب قلة العصارة المعدية، وعصارة الأمعاء، وإفرازات البنكرياس.

ب ــ يريح القلب لأن عشرة في المائة من كمية الدم التي يدفع بها القلب إلى الجسم تذهب إلي الجهاز الهضمي أثناء علمية الهضم.

ج ــ يخلص البدن من شحومه المتراكمة طوال السنة.

د ــ يطرح الفضلات والسموم المتراكمة.

هــ ــ يتيح فرصة لخلايا الجسم لتقوم بوظائفها على الوجه الأكمل المعدة، الكبد، الأمعاء.

و ــ يريح جهاز تصفية الجسم من سمومه (الكلى والجهاز البولي).

ز ــ يربي النفس ويزكيها ويمنعها عن الجموح إلى الأرض والتسامي إلى أفضل الأعمال.

ح ــ يدفع عن النفس مشاعر الندم.

ط ــ يعالج بعض الانحرافات السلوكية والعادات الضارة (الغضب، التدخين).

ي ــ الإفطار الجماعي يجمع ككافة أفراد الأسرة على هدف واحد مما يضاعف أواصر الألفة والمحبة والتناصر بين أفراد العائلة والمجتمع.

يا ــ الصبر على احتياجات الجسد وإمكانية تأجيلها ونحن نعلم أن تأجيل إشباع الاحتياجات العضوية والنفسية والاجتماعية أحد الميكانيكيات الدفاعية الإيجابية لحل التوتر وتحقيق الاطمئنان النفسي.

يب ــ القيمة الحقيقة للصوم هي البعد عن النفاق كسلوك، ونحن نعلم أن النفاق من الناحية النفسية يترك الإنسان في حالة من التفسخ بين ما يراه صحيحا وما ينطق عنه بلسانه الأمر الذي يجعله يحس بعدم التجانس النفسي وعدم الوفاق الداخلي تحقيقا لمنفعة. وانعدام التجانس الداخلي يزيد من توتر الإنسان وقلقه خاصة في انتظاره لثمرات قد لا تأتي من خلال سلوكه الثقافي. (الذهبي، 2004، ص. 13).

5 ــ الزكاة:

إن الزكاة وإخراج المال عملية نفسية من الدرجة الأولى، فدافع الصدقة ينمي شخصية الإنسان يوميا بعد يوم، فيكسب الفرد نضوجا وسعادة.

y w v u t r q p o n m l k j M 8 7

z { | L **التوبة**. كما نجد أن الصدقة مقرونة بفرحة الذي يتقبل العطية،

وهذه الفرحة تنعكس على المعطي فيشعر بالرضا والسعادة، ولذا نرى الله تبارك وتعالى يقول: M w x y z { | } ~ فَسَنُيَسِّرُهُۥ لِلْيُسْرَىٰ ﴿٧﴾ L **الليل**، ويقول كذلك سبحانه وتعالى في نقيض ذلك: M وَأَمَّا مَنۢ بَخِلَ وَٱسْتَغْنَىٰ ﴿٨﴾ وَكَذَّبَ © ﴿٩﴾ فَسَنُيَسِّرُهُۥ لِلْعُسْرَىٰ ﴿١٠﴾ L **الليل**.

وبالتالي يحدث التكافل في المجتمع، وهو في الحقيقة وقاية من المرض الجسمي والنفسي، فهذه الأموال سوف تصرف لإنزال البسمة على وجوه الآخرين، وعلاجهم جسميا ونفسيا، مما يقي مثل هذه المجتمعات من الأمراض الجسمية والنفسية وينعكس كذلك على الملبي للزكاة.

كما نجد أن الصدقة تساهم في شفاء المرضى قال رسول الله e: "**داووا مرضاكم بالصدقة**". (أبو نعيم، 1405، م. 2، ص. 104، و م. 4، ص. 237)، (الطبراني، د. ت.، ر. 10196) ، (الطبراني، 1999، ر. 1963)، (البيهقي، 1994، ر. 6385)، (الخطيب، البغدادي، 2001، م. 7، ص. 347، و م. 15، ص. 6)، (البيهقي، 1410هـ، ر. 3557)، (السخاوي، 1979، ر. 413). وهو حديث حسن بمجموع طرقه.

فأمر بمداواة المرضى بالصدقة ونبه بها على بقية أخواتها، كإغاثة ملهوف وإعانة مكروب، وقد جرب ذلك الموفقون فوجدوا الأدوية الروحانية تفعل ما لا تفعله الأدوية الحسية، ولا ينكر ذلك إلا من كثف حجابه، والنبي طبيب القلوب فمن وجد عنده كمال استعداد إلى الإقبال على رب العباد أمره بالطب الروحاني، ومن رآه على خلاف ذلك وصف له ما يليق من الأدوية الحسية". (المناوي، 1972، ص. 515).

6 ـ الحج:

7 8 M ! " # % & ' ( ) * + , - .

/ 0 2 3 4 5 6 7 9 : ; < = ? @

A B L **البقرة**.

الحج عبادة منفردة تساهم من الناحية النفسية في إشباع دوافع انتماء الفرد للجماعة وأنه فرد واحد في هذه الأمة الكبيرة. مما يجعله يحس بتقدير الجماعة، فيشارك في العمل الجمعي لتحقيق الأهداف الكلية. لأنه مع إشباع هذه الحاجات الاجتماعية

يزداد الاطمئنان النفسي والثقة بالنفس في المسلم وفي جماعته. وقد شرع لقهر النفس، وكبح جماح الشهوات والتقشف.

7 ــ المعاملات:

المال وظيفة اجتماعية قبل أن يكون ملكية، وهذه الفطرة المتوازنة تؤدي إلى جملة من مظاهر هي:

1- المال للمسلم وسيلة يشاركه فيها المجتمع، الأمر الذي يزيد من الاتجاه إلى التكافل الاجتماعي، وهذا الأخير يؤدي إلى وحدة الأمة وجدانيا، و بالتالي إلى استقرارها وأمنها، ومن هنا نصل إلى كثير من الطمأنينة النفسية لجميع أفراد المجتمع. لذلك حرم الإسلام المعاملات التي تؤدي إلى تدني الصحة فقد 7 8

M 9 : ; < = > ? @ A B C D E

F G I J K M N O P Q R L **النساء،**

و 7 8 M© **اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَن تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُم** ´ µ ¶ ¸ **بِالْعَدْلِ**

إِنَّ اللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُم بِهِ ۗ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا ﴿٥٨﴾ L **النساء.**

وقال النبي **e**: "**من غشنا فليس منا**". (مسلم، 1972، ر. 101).

و قال أيضا **e**: "**لا تحاسدوا، ولا تناجشوا، ولا تباغضوا، ولا تدابروا، ولا يبع أحدكم على بيع أخيه، وكونوا عباد الله إخوانا، المسلم أخو المسلم، لا يظلمه ولا يخذله ولا يحقره، التقوى ههنا، وأشار بيده إلى صدره ثلاث مرات، حسب امرئ مسلم من الشر أن يحقر أخاه المسلم، كل المسلم على المسلم حرام دمه وماله وعرضه**". (أحمد، 1983، م. 2، ص. 277).

8 ــ الحدود:

الحدود هي العقوبات التي فرضها الله سبحانه وتعالى على مرتكبي الجرائم في المجتمع الإسلامي. ويلاحظ أن العقوبات في المجتمع الإنساني مرت بفترة كانت فلسفتها هي فلسفة الانتقام للمعتدي عليه. ولذلك كانت تقع أحكام غريبة مثل الحكم بتفتيت الحجر الذي تسبب سقوطه في إصابة شخص... وهكذا، ثم مرت فترة كانت فلسفة العقوبات هي إصلاح حال المجرم. وفي هذه الفترة اتجه المشرع

إلى تخفيف العقوبات وحتى إلى إلغاء الإعدام على جريمة القتل وتحسين أوضاع المجرمين في السجون وتعليمهم ما ينفعهم، غير أن الإسلام لم يأخذ بأي من الاتجاهين في موضوع الحدود إذ أن الفلسفة التي تحكم الحدود جميعا هي إصلاح المجتمع من خلال ما يلي:

أ - علانية تنفيذ الحد ليتعظ الأفراد، وهكذا يبتعدون عن الجريمة.

ب - التشدد في العقوبات البدنية كالرجم والقطع والقص بالسيف، و ذلك حتى لا يترك لذوي النفوس الضعيفة الذين يطمعون في سماحة المجتمع أي فرصة للتفكير في ارتكاب أي من الجرائم.

ج - الربط بين الحدود وإرادة الله، 7 8 M**تِلْكَ حُدُودُ ٱللَّهِ فَلَا تَعْتَدُوهَاۚ وَمَن يَتَعَدَّ حُدُودَ ٱللَّهِ فَأُوْلَٰٓئِكَ هُمُ ٱلظَّٰلِمُونَ ﴿٢٢٩﴾** L **البقرة.**

ونظرا لشدة العقوبات في الإسلام فإن القاعدة الشرعية تنص على درء الحدود بالشبهات. وهكذا لابد من اليقين لتوقيع الحدود. وطبيعي أن التوازن الاجتماعي في الإسلام يقدم مصلحة الجماعة على مصلحة الفرد، وقد كان التطبيق لهذه الحدود صوناً للأمن في المجتمعات الإسلامية، فيسود العدل، و يرتفع الضيم، و يلتاث الظلم، و تتداوى النفوس باستبشاع الجريمة، و الحرص في عدم الوقوع في أوحال الأمراض الاجتماعية، فتسمو النفوس و ترضى بحكم الواحد القهار.

9 ـــ التغذية:

لقد جمع الله تعالى الطب كله في نصف آية، 7 8 M " # $ % & ' ( ) * + , . . / 0 1 2 L **الأعراف.** وسوف نعالج هذا العنصر ضمن التالي:

أ ـــ الطعام المباح:

شجع الإسلام على تناول الطعام و الشراب المفيد للصحة مثل لحم البر والبحر وكل مشتقات اللحوم، 7 8 M **وَهُوَ ٱلَّذِى سَخَّرَ ٱلْبَحْرَ لِتَأْكُلُواْ مِنْهُ لَحْمًا طَرِيًّا ﴿١٤﴾** L **النحل.**

x w v u t s r q p o n M 8 7

y z { | } كُلُوا۟ مِن ثَمَرِهِۦٓ إِذَآ أَثْمَرَ وَءَاتُوا۟ حَقَّهُۥ يَوْمَ

حَصَادِهِۦ وَلَا تُسْرِفُوٓا۟ ۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلْمُسْرِفِينَ ﴿١٤١﴾ L **الأنعام**.

وشجع على شرب العسل واللبن وكل ما له قيمة غذائية، 7 8 M 3 4 5

G F E D C B A @ ? > = < ; : 9 7 6

X W V U T S R Q P N M L K J I H

k j i h g f e d c b a ` _ ^] \ [Z Y

~ } | { z y w v u t s r q p o m l

﴿٦٩﴾ L **النحل**.

كما شدد الله تبارك و تعالى على من يحرم شيئا حلالا، أو يحل شيئا حراما،

C B A @ ? = < ; : 9 8 7 6 5 4 3 M 8 7

D E F G H J K L M N O L **الأعراف** .

و 7 8 M { | } ~ أَلْسِنَتُكُمُ ٱلْكَذِبَ هَٰذَا حَلَٰلٌ وَهَٰذَا حَرَامٌ لِّتَفْتَرُوا۟ عَلَى ٱللَّهِ

© إِنَّ ٱلَّذِينَ يَفْتَرُونَ عَلَى ٱللَّهِ ٱلْكَذِبَ لَا يُفْلِحُونَ ´ L **النحل**.

و 7 8 M a b c d e f g h i j k l n o p q

r s L **المائدة**.

و 7 8 M © خَلَقَهَا ۗ لَكُمْ فِيهَا دِفْءٌ وَمَنَٰفِعُ وَمِنْهَا تَأْكُلُونَ ﴿٥﴾ L **النحل**.

ب ــ تنظيم الغذاء والشراب:

أعلم أن أخذ الغذاء في وقت الحاجة سبب لدوام الصحة، و علامة الحاجة أن تزكى حاسة الشم، ويقل الريق في الفم، وينصبغ البول و يحتد ريحه، ويتزايد الطلب، فعند ذلك يجب استعمال الغذاء. والمدافعة به مَنهَكة للبدن مجففة له، محرقة لمزاجه، وكذلك أخذ الغذاء من غير حاجة إليه يورث البلادة، وهو أحد الأسباب في حدوث الأمراض ... وملازمة الطعام التفه تسقط الشهوة وتوجب

الكسل، وكثرة الحامض تسرع الهرم، وإدمان الحلو يرخي الشهوة ويحمي البدن، والمالح يجفف البدن ويهزله. (الذهبي ، 2004 ، ص ص. 72ـ73).

وتعتبر التغذية المناسبة والمتكاملة هي أهم دعائم الصحة البدنية والنفسية من دون إسراف وتفريط. وعليه فالغذاء وسيلة لا غاية، و الإسراف في الطعام ضار يجلب السمنة، وتحتشي العضلة القلبية، ويحدث خناق الصدر، وداء السكري، وفرط النوم، وتصلب الشرايين بسبب الحصيات الكلوية للأفراد الذي يكثرون تناول اللحوم والحليب والجبن. ويحدث مرض النقرس (La Goutte) (مرض الملوك)، وداء التنابل (ألم مفصلي خاصة في مفاصل القدم والإبهام)، فالشره مضر بالجسم والفكر، وكثرة الأكل تؤدي إلى البلادة في التفكير والميل إلى النوم. (الذهبي، 2004، ص. 14).

ولحس الأصابع بعد الأكل يعين على الهضم، ويفتق الشهوة ، عن أبي هريرة قال: قال رسول الله e: "**إذا أكل أحدكم فليلعق أصابعه فإنه لا يدري في أيتهن البركة**". (مسلم، 1972، ر. 2035).

وتبريد الطعام جالب للبركة، والانتفاع به، عن أسماء بنت أبي بكر رضي الله عنها أنها كانت إذا ثردت غطته حتى يذهب فوره ثم تقول: إني سمعت رسول الله e يقول: "**إنه أعظم للبركة**". (ابن حبان، 1996، ر. 5184).

وينبغي أن يترك الطعام وفي النفس منه بقية، عن المقدام بن معدي كرب رضي الله عنه يقول سمعت رسول الله e يقول: "**ما ملأ آدمي وعاء شرا من بطن. حسب الآدمي لقيمات يقمن صلبه. فإن غلبت الآدمي نفسه، فثلث للطعام وثلث للشراب، وثلث للنفس**". (ابن ماجه، 1954، ر. 3349)، (أحمد، 1983، م. 4، ص. 132).

لأن مراتب الغذاء ثلاثة: أحدها؛ مرتبة الحاجة. والثانية؛ مرتبة الكفاية. والثالثة؛ مرتبة الفضلة. فأخبر النبي e: أنه يكفيه لقيمات يقمن صلبه، فلا تسقط قوته، ولا تضعف معها، فإن تجاوزها، فليأكل في ثلث بطنه، ويدع الثلث الآخر للماء، والثالث للنفس، وهذا من أنفع ما للبدن والقلب، فإن البطن إذا امتلأ من الطعام ضاق عن الشراب، فإذا ورد عليه الشراب ضاق عن النفس، وعرض له الكرب

والتعب بحمله بمنزلة حامل الحمل الثقيل، هذا إلى ما يلزم ذلك من فساد القلب، وكسل الجوارح عن الطاعات، وتحركها في الشهوات التي يستلزمها الشبع. فامتلاء البطن من الطعام مضر للقلب والبدن. (ابن القيم، 1995، ج. 4، ص. 13).

وقال النبي e: " **المؤمن يأكل في معي واحد والكافر يأكل في سبعة أمعاء**". (مسلم، 1972، ر. 2061).

أمعاء جمع معي بكسر الميم والقصر، وهي المصارين، قال القاضي: قيل: إن هذا في رجل بعينه، فقيل له على جهة التمثيل. وقيل: إن المراد أن المؤمن يسمي الله عند طعامه فلا يشاركه الشيطان، والكافر لا يسمي فيشاركه. قال أهل الطب: لكل إنسان سبعة أمعاء المعدة، ثم ثلاثة متصلة بها رقاق، ثم ثلاثة غلاظ. فالكافر لشرهه وعدم تسميته لا يكفيه إلا ملؤها كلها، والمؤمن لاقتصاده وتسميته يشبعه ملء أحدها. قال النووي المختار أن معناه بعض المؤمنين يأكل في معي واحد وأن أكثر الكفار يأكلون في سبعة أمعاء ولا يلزم أن كل واحد من الأمعاء السبعة مثل معي المؤمن. (السيوطي، 1996، ج. 5، ص. 108).

وشرب الماء وغيره ينبغي أن يكون بثلاثة أنفاس، يفصل فاه عن الإناء، لأن فيه مصلحة عظيمة، وذلك أن حاجة العطش قد تدعوا إلى تناول الكثير من الماء، وشرب الماء دفعة واحدة لا يطفئ الظمأ ولا تنطفئ به الحرارة، وتقسيمه أمان من ذلك فعن أنس رضي الله عنه قال: **كان رسول الله e يتنفس في الشراب ثلاثا** ويقول: "**إنه أروى وأبرأ و أمرأ**" . قال أنس: "فأنا أتنفس في الشراب ثلاثا". (مسلم، 1972، ر. 2028).

أروى من الري أشد ريا من تناوله دفعة، و أبرأ من ألم العطش، وقيل: أبرأ أي أسلم من مرض أو أذى يحصل بسبب الشرب في نفس واحد، ومعنى أمرأ أي أخف و أجمل انسياغا. (النووي، 1994، ج. 13، ص. 288).

وعن قتادة عن أنس رضي الله عنه : "**أن النبي e زجر عن الشرب قائما**". قال قتادة فقلنا فالأكل؟ فقال: ذاك أشر أو أخبث. (مسلم، 1972، ر: 2024).

وعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله e: "**لا يشربن أحد منكم قائما، فمن نسي فليستقي**". (مسلم، 1972، ر. 2026).

وعن أبي هريرة رضي الله عنه: عن النبي e قال لرجل رآه يشرب قائما: "**قئ**" . قال: لم؟ قال: "**أتحب أن تشرب مع الهر؟**" قال: لا. قال: "**فقد شرب معك شر منه الشيطان**". (الدارمي، 2000، ر. 2174)، (أحمد، 1983، م. 2، ص. 301).

وعن أبي هريرة رضي الله عنه: عن النبي e قال: "**لو يعلم الذي يشرب وهو قائم ما في بطنه لاستقاء**". (ابن حبان، 1996، ر. 5300)، (أحمد، 1983، م. 2، ص. 283).

كما ابتدع الإسلام نظام الحمية عند المريض لأن للمعدة وضع خاص في حالة المرض، وخاصة في حالة الحمى فهي ترفض الطعام العادي، وتحتاج إلى الراحة والطعام الخفيف، وإذا أرغم الشخص على الطعام فإن حالته تزداد سوء، وقد يصاب بالقيء، والإسهال وارتفاع الحرارة، وفي هذا يقول النبي e:"**لا تكرهوا مرضاكم على الطعام فإن الله يطعمهم ويسقيهم**". (الترمذي، 2002، ر. 2047)، (ابن ماجه، 1954، ر. 3444)، (الحاكم، 1990، ر. 1296، 8259).

ج ـ الطعام و الشراب المحرم:

من أجل الحفاظ على الصحة، والوقاية من الأمراض الفتاكة، ناهيك عن الفواحش التي ترتكب بسببه لأنه أم الخبائث، من أجل ذلك حرم الله تبارك و تعالى الخمر، لأنه يسبب القرحة المعدية (قرحة اثني عشر)، التهاب الجهاز الهضمي، العقم، التهاب الأعصاب، الضعف الجنسي، اليرقان، تلف الكبد، فقدان سيطرة المخ على إدارة الجسم. (الذهبي، 2004، ص. 15).

- , + *) (' & % $ # " ! M 8 7

= < ; : 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 / .

المائدة. L F E D C A @ ? >

وعن ابن عباس رضي الله عنهما أن النبي e قال: "**الخمر أم الفواحش، وأكبر الكبائر، من شربها وقع على أمه، وخالته، وعمته**". (الدار قطني، 1996، ر. 4565)، (الطبراني، د.ت.، ر. 11372، 11498)، (الطبراني، 1999، ر. 3134). وهو حديث حسن بمجموع طرقه.

وفي حديث آخر عن ابن عمرو رضي الله عنهما أن النبي e قال: "**الخمر أم الخبائث، ومن شربها لم يقبل الله منه صلاة أربعين يوما، فإن مات وهي في**

بطنه مات ميتة جاهلية". (الدار قطني، 1996، ر. 4563)، (الطبراني، 1999، ر. 3667). وهو حديث حسن.

وتعد المخدرات بمنزلة المسكرات، عن عائشة رضي الله عنها قالت: سئل رسول الله **e** عن البتع. فقال رسول الله **e**: **"كل شراب أسكر فهو حرام"**. (مسلم، 1972، ر. 2001).

والتدخين يضر بالبدن ويضيع المال، ويضر الفرد والأسرة والمجتمع. ولقد أثبت العلم الحديث بما لا يدع مجالا للشك أن التدخين له أضرار وخيمة على الصحة كالسرطان و تليف الكبد وغير ذلك. X W V U M 8 7

الأعراف. L q Z Y

وحرم الله تبارك وتعالى أيضا الميتة، والدم ولحم الخنزير ...وغير ذلك، 7

- , + *) (' & % $ # " ! M 8

: < ; : 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 / .

N M L K I H G F E D C B A ? >

_] \ [Z Y X W U T S R Q P O

المائدة. L c b a `

الميتة تنقل الجراثيم الهوائية والجراثيم اللاهوائية بعد تعفن الجثة. كما نجد لحم الخنزير ينقل مرض الزحار الزقي، وداء البريمي اليرقاني، والدودة الشريطية، والأميبيا النسيجية، والشعيرية الحلزونية، ومرض التريكينيا " Trichinose "، وعلاوة على ذلك يكسب دياثة الطباع. (الذهبي، 2004، ص. 16).

كما حرم الإسلام أكل لحم الأنعام الجلاَّلة ــ وهي التي تأكل العذرة ــ وشرب ألبانها حتى تحبس أياما، وعن ركوب الدواب الجلالة، فعن ابن عمر رضي الله عنهما قال: " **نهى رسول الله e عن الجَلاَّلَة في الإبل، أن يركب عليها أو يشرب من ألبانها** ". (أبو داود، 2001، ر. 3787).

وقال مرة عن جده: أن رسول الله **e**: " **نهى يوم خيبر عن لحوم الحمر الأهلية، وعن الجَلاَّلة وعن ركوبها، وعن أكل لحمها**". (النسائي، 1991، ر. 4459).

10 ــ النوم:

قد اهتم الإسلام بالنوم أيضا وحث على ما يجلب للفرد الراحة في السرير، وما يبعد عنه الكوابيس فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال النبي e: "**إذا أوى أحدكم إلى فراشه، فلينفض فراشه بداخلة إزاره، فإنه لا يدري ما خلفه عليه، ثم يقول: باسمك ربي وضعت جنبي، وبك أرفعه إن أمسكت نفسي فارحمها، وإن أرسلتها، فاحفظها بما تحفظ به عبادك الصالحين**". (البخاري، 2004، ر. 6320).

وفي رواية لأحمد: " **إذا قام أحدكم من الليل، ثم رجع إلى فراشه، فلينفض فراشه بداخلة إزاره، فإنه لا يدري ما خلفه بعد، ثم ليقل: باسمك اللهم وضعت جنبي، وباسمك أرفعه، اللهم إن أمسكت نفسي فاغفر لها، وإن أرسلتها، فاحفظها بما تحفظ به الصالحين**". (أحمد، 1983، م. 2، ص. 283).

11 ــ الصحة الجنسية:

نجاح الأسرة يبدأ من الوفاق في الزوجية، فإذا انتفى هذا الوفاق انهارت الحياة الزوجية كاملة. لذلك تناول الدين الإسلامي تثقيف الفرد بأمور الجنس وغوامضه قال رسول الله e: "**عليكم بالأبكار. فإنهن أعذب أفواها، وأنتق أرحاما، وأرضى باليسير**". (ابن ماجه، 1954، ر. 1861).

وعن جابر بن عبد الله رضي الله عنهما،عن رسول الله e قال:" **تزوجت؟**". قلت: نعم. قال: "**بكرا أم ثيبا؟**". قلت: بل: ثيبا. قال: "**أفلا جارية تلاعبها وتلاعبك؟**". قلت: إن لي أخوات فأحببت أن أتزوج امرأة تجمعهن وتمشطهن وتقوم عليهن. قال: "**أما إنك قادم فإذا قدمت فالكيس الكيس**". (البخاري، 2004، ر: 2097).

ولكي لا يفاجأ الطفل بمنظر من مناظر الجنس بين الأبوين فقد M 8 7 | { ~ لِيَسْتَـْٔذِنكُمُ ٱلَّذِينَ مَلَكَتْ أَيْمَٰنُكُمْ وَٱلَّذِينَ لَمْ يَبْلُغُوا۟ ٱلْحُلُمَ مِنكُمْ © مَرَّٰتٍ ۚ مِّن قَبْلِ صَلَوٰةِ ٱلْفَجْرِ وَحِينَ تَضَعُونَ ثِيَابَكُم ´ µ ¶ ¸ صَلَوٰةِ ٱلْعِشَآءِ ۚ ثَلَٰثُ عَوْرَٰتٍ لَّكُمْ ۚ لَيْسَ عَلَيْكُمْ وَلَا عَلَيْهِمْ جُنَاحٌۢ بَعْدَهُنَّ ۚ طَوَّٰفُونَ عَلَيْكُم بَعْضُكُمْ عَلَىٰ بَعْضٍ ۚ كَذَٰلِكَ يُبَيِّنُ ٱللَّهُ لَكُمُ ٱلْءَايَٰتِ ۗ وَٱللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ ﴿٥٨﴾ L **النور.**

ولكي لا تقع مشاكل جنسية بين الأبناء فقد قال رسول الله **e**: **"مروا أولادكم بالصلاة وهم أبناء سبع سنين، واضربوهم عليها وهم أبناء عشر سنين، وفرقوا بينهم في المضاجع"**. (أبو داود، 2001، ر. 495)، (أحمد، 1983، م. 2، ص ص. 180، 187).

الزواج من نعم الله تعالى حيث يجعل الفرد متزنا سليما، Y M 8 7

j i h f e d c b a ` _ ^] \ [Z

الروم. L n m l k

وقال النبي **e**: **"يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج، ومن لم يستطع فعليه بالصوم، فإنه له وجاء"**. (البخاري، 2004، ر. 5065)، (مسلم، 1972، ر. 1400).

و عن أنس بن مالك رضي الله عنه قال: قال رسول الله: **"من تزوج فقد استكمل نصف الإيمان، فليتق الله في النصف الباقي"**. (الطبراني، 1999، ر. 7647، 8794).

و الرسول **e** علم الفرد كيف يختار زوجته فعن عائشة رضي الله عنه قالت: قال رسول الله **e**: **"تخيروا لنطفكم وانكحوا الأكفاء و أنكحوا إليهم"**. (ابن ماجه، 1954، ر. 1968).

وعن أبي هريرة رضي الله عنه عن النبي **e** قال: **"تنكح المرأة لأربع لمالها ولحسبها وجمالها ولدينها فاظفر بذات الدين تربت يداك"**. (البخاري، 2004، ر. 5090).

وعلم الإسلام الفرد المسلم طرق المعاشرة الجنسية السليمة، 7 8 M **نِسَآؤُكُمۡ حَرۡثٞ** ´ µ ¶ ¸ **شِئۡتُمۡ** L **البقرة.** عن أنس رضي الله عنه، أن اليهود كانوا لا يجلسون مع الحائض في بيت. ولا يأكلون ولا يشربون. قال: فذكر ذلك للنبي صلى الله عليه وسلم فأنزل الله M p q r t u v w x y

z | } ~ **يَطۡهُرۡنَۖ فَإِذَا تَطَهَّرۡنَ فَأۡتُوهُنَّ مِنۡ حَيۡثُ أَمَرَكُمُ ٱللَّهُۚ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلتَّوَّٰبِينَ وَيُحِبُّ ٱلۡمُتَطَهِّرِينَ ٢٢٢** L **البقرة،** فقال رسول الله **e**: **" اصنعوا كل شيء إلا الجماع "**. (ابن ماجه، 1954، ر: 644). وعن عائشة رضي الله عنها قالت: **كنت أغتسل أنا والنبي e من إناء واحد ، كلانا جنب. و كان يأمرني فأتزر فيباشرني وأنا**

حائض. و كان يخرج رأسه إلي وهو معتكف فأغسله وأنا حائض. (البخاري، 2004، ر. 301).

لقد حرم الإسلام تصريف الغريزة الجنسية في غير ما خلقت له، فلا يجوز توجيهها في غير طبيعتها، 7 8 M Z [\ ^ _ ` a b c L **الإسراء**، وقد عاقب مرتكب الزنا بالرجم إذا كان محصنا، و بالجلد و النفي إن كان غير محصن .

لقد اتضح جليا أن معظم حالات الإصابة بالأمراض الجنسية (كالزهري، والإيدز، و السفلس بنوعيه الولادي والمكتسب، والسيلان، و الورم الحبيبي، و الإربي، والتهاب المهبل...). تحدث نتيجة الاتصال الجنسي الممنوع، 7 8 M ^ _ ` a b c L. فالالتزام بالتعاليم الإسلامية، والابتعاد عن الزنا و اللواط والسحاق، والأخدان، يعد ضمانة أساسية للوقاية من الإصابة بالأمراض الجنسية. 7 8 M r s t u v L **النساء، و** 7 8 M **وَلَا مُتَّخِذِىٓ أَخۡدَانٍ** L **المائدة.**

فقرر الإسلام كبح جماح الشهوات بعد إشباعها بالنكاح المشروع، 7 8 M N O P Q R S T V W X Z [\ ] ^ _ ` a b c d e f g h i j k l m ﴿٣١﴾ L **النور.**

وحرم غشيان الحائض، و نحن نعلم ما ينجر عنه من أمراض ذكرها علماء كثر، 7 8 M p q r t u v w x y z | } ~ **يَطۡهُرۡنَۖ فَإِذَا تَطَهَّرۡنَ فَأۡتُوهُنَّ مِنۡ حَيۡثُ أَمَرَكُمُ ٱللَّهُۚ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلتَّوَّٰبِينَ وَيُحِبُّ ٱلۡمُتَطَهِّرِينَ** ﴿٢٢٢﴾ L **البقرة** .

كما حرم الوطء في الدبر لما ينتج عنه من أمراض تناسلية فتاكة. 7 8 M **نِسَآؤُكُمۡ حَرۡثٞ** ´ µ ¶ ¸ **شِئۡتُمۡۖ وَقَدِّمُواْ لِأَنفُسِكُمۡۚ وَٱتَّقُواْ ٱللَّهَ وَٱعۡلَمُوٓاْ أَنَّكُم مُّلَٰقُوهُۗ وَبَشِّرِ ٱلۡمُؤۡمِنِينَ** ﴿٢٢٣﴾ L **البقرة.** وقال رسول الله **e** : **"ملعون من أتى إمرأته في دبرها".**

(أبو عوانة، 1988، ر. 4292)، (أبو داوود،2001، ر. 2162)، (أحمد، 1983، م. 2، ص ص. 444، 479) وهو حديث صحيح.

وعن خزيمة بن ثابت رضي الله عنه أن رسول الله e قال: "**إن الله لا يستحيي من الحق لا تأتوا النساء في أدبارهن**". (أبو عوانة، 1988، ر. 4294)،(ابن ماجه، 1954، ر. 1924)، (أحمد، 1983، م. 5، ص. 213)، (البيهقي، 1994، م. 7، ص. 197). وهو حديث صحيح.

كما حرم الزواج من المحارم لأنه يسبب إظهار الصفات المرضية الكامنة في الشريك الوراثي (الصبغيات)، وتكثيفها في النسل، بدل تخفيفها وتشقيقها بالزواج بمن هو بعيد عن الأسرة، إضافة إلى قطع الرحم، وهذا مصادقا لقوله 8 M

[Z Y X W V U T S

d c b a ` _ ^] \

p o n m l k j i h g f e

z y x w v u t s r q

{ | } ~ ٱلْأُخْتَيْنِ إِلَّا مَا قَدْ سَلَفَ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ ©

رَّحِيمًا ﴿٢٣﴾ L **النساء** . لأن مع استمرار الزواج بالمحارم ينتهي الأمر إلى العقم لتكاثف الأمراض الوراثية المرضية، ومن هذه الأمراض المهق، الصمم، والبكم الأسري، والتهاب الشبكية الصباغي . (الذهبي، 2004، ص. 15).

12 ـ اللياقة البدنية:

أرشد الإسلام إلى الرياضة بالحث على الجهاد، والعمل اليدوي والحركة، عن عقبة بن عامر الجهني رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله e وهو على المنبر يقول: "M**وَأَعِدُّواْ** © **مَّا ٱسْتَطَعْتُم مِّن قُوَّةٍ** L، **ألا إن القوة الرمي، ألا إن القوة الرمي، ألا إن القوة الرمي**". (أبو داود، 2001، ر. 2514). وأيضا شجع على الألعاب الرياضية، كالمصارعة، **فقد صارع ركانة النبي e فصرعه النبي e**. (أبو داود، 2001، ر. 4078). (الترمذي، 2002، ر. 1791).

وقد حث أيضا على ركوب الخيل، والسباحة والرمي، والمبارزة، والسباق بأنواعه، فعن عائشة رضي الله عنها: أنها كانت مع النبي e في سفر. قالت: فسابقته فسبقته على

رجلي. فلما حملت اللحم سابقته فسبقني. **فقال e: "هذه بتلك السبقة".** (أبو داود، 2001، ر. 2578).

13 ـ الوقاية لمنع الأمراض المعدية (Epidimiology):

وتشمل الحجر الصحي، عزل المريض، عدم الدخول على الوباء، عدم الفرار منه، تعقيم الأيدي قبل الدخول على المريض وبعد الخروج منه، الاستعانة بالطب والدواء، والتطعيم في الوقاية والعلاج . لقد جاء الإسلام في هذا المجال بتعاليم سبق بها الطب الحديث فمن ذلك:

الأمر بعزل المريض المعدي عن غيره من الأصحاء، إذ يقول رسول الله e : **"لا يورد ممرض على مصح".** (مسلم، 1972، ر. 2221)، وكلمة الممرض هنا معناها المريض الذي قد يمرض غيره أي ينقل العدوى إليه وهو تعبير آية في البلاغة.

وأمر الإسلام الأصحاء بعدم مخالطة المريض المعدي (الممرض) ـ الحجر الصحي ـ إلى أن تزول فترة العدوى، ويصبح غير ناقل للمرض، وفي هذا يقول الرسول **e: "لا عدوى ولا طيرة، ولا هامة، ولا صفر، وفر من المجذوم كما تفر من الأسد".** (البخاري، 2004، ر. 5707، 717، 5757، 5770، 5773، 5775).

وفي التعامل مع الوباء يضع الإسلام قاعدة خطيرة تُطابق أحدث ما هو في عصرنا، إذ يقول **e: "إذا وقع الطاعون بأرض، فلا تدخلوها وإذا وقع وأنتم بها، فلا تخرجوا منها".** (أحمد، 1983، م. 1، ص. 177، و م. 3 ، ص. 416).

ونهى الإسلام عن العطس في وجوه الناس، إذ إن ذلك ينشر بينهم الأمراض الهوائية، كالانفلونزا، والتهاب الحلق، عن أبي هريرة: **"أن النبي e كان إذا عطس غطى وجهه بيده أو بثوبه وغض بها صوته".** (أبو داود، 2001، ر. 5029)، (الترمذي، 2002، ر. 2754). ومن هذا التقييم نرى أن الإسلام قد غطى جميع أوجه الطب الوقائي ومحاولاته، فقدَّم لنا ما يشبه الدستور الصحي الذي يتناول التعاليم الرئيسية ذات الصفة الدائمة لخلق مجتمع صحي مثالي.

إن الشخصية السوية في الإسلام إذن، هي الشخصية التي يتوازن فيها البدن والروح، وتشبع فيها حاجات كل منهما. إن الشخصية السوية هي التي تعني بالبدن

وصحته وقوته، وتشبع حاجاته في الحدود التي رسمها الشرع، والتي تتمسك في نفس الوقت بالإيمان بالله، وتؤدي العبادات، وتقوم بكل ما يرضي الله تعالى، وتتجنب كل ما يغضبه. فالشخص الذي ينساق وراء أهوائه وشهواته شخص غير سوي. وكذلك فإن الشخص الذي يكبت حاجاته البدنية، ويقهر جسمه ويضعفه بالرهبانية المفرطة والتقشف الشديد، وينزع إلى إشباع حاجاته وأشواقه الروحية فقط، هو أيضا شخص غير سوي وذلك لأن كلا من هذين الاتجاهين المتطرفين يخالف الطبيعة الإنسانية، ويعارض فطرتها. وحينما يتحقق التوازن بين الجانبين المادي والروحي في الإنسان تتحقق ذاتية الإنسان في صورتها الكاملة السوية، والتي ينعم فيها الإنسان بكل من الصحة البدنية والنفسية، ويشعر فيها الإنسان بالأمن النفسي والطمأنينة والسعادة.

عاشرا: لماذا اهتم الدين بالوقاية، و لم يتحدث عن العلاج؟!

جرح رجل على عهد رسول الله صلى الله عليه وسلم فقال: " **ادعوا له الطبيب** " فقال يا رسول الله:هل يغني عنه الطبيب؟ **قال:** " **نعم إن الله تبارك وتعالى لم ينزل داء إلا أنزل معه شفاء** ". (ابن أبي شيبة، 1989، ر: 23414).

وعن هشام بن عروة عن أبيه قال: قلت لعائشة رضي الله عنها قد أخذت السنن عن رسول الله صلى الله عليه و سلم، و الشعر و العربية عن العرب، فعن من أخذت الطب؟ قالت: **إن رسول الله صلى الله عليه و سلم كان رجلا مسقاما و كان أطباء العرب يأتونه فأتعلم منهم.** (الحاكم، 1990، ر: 7426).

ومن الأحاديث السابقة نجد أن الإسلام رغم اهتمامه الشديد بتعاليم الطب الوقائي، ترك الطب العلاجي لاجتهاد الناس، وليس هذا عن قصور في الدين، ولكن لحكمة عظيمة مقصودة لذاتها، فالطب الوقائي يتناول صحة المجتمع والجماهير العريضة، و أن في وقاية المجتمع حماية للدين، أما الطب العلاجي أي تشخيص المرض وعلاجه بالوصفات الطبية أو العمليات الجراحية فليس من عمل الدين و لا رسالته، و إلى جانب هذا فإن قواعد الطب الوقائي من الحقائق العامة والثابتة التي تصلح لكل زمان ومكان، أما الطب العلاجي فيتغير باكتشاف الأدوية

الحديثة والأجهزة العلمية. وما كان الله ورسوله ليقيد أمة الإسلام بعلاج معين يلتزمون به في كل العصور، فلا يتطورون ولا يجتهدون في الدراسة والبحث ولا يستفيدون من الاختراعات الحديثة. (الفنجري، 1991، ص. 239).

خلاصة:

إن علماء النفس المحدثين، في محاولتهم لفهم شخصية الإنسان والعوامل المحددة لها، قد عنوا بدراسة أثر كل من العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية في الشخصية، وفي دراستهم لتأثير العوامل البيولوجية على الشخصية، قد اهتموا بدراسة أثر كل من الوراثة والتكوين البدني، وطبيعة تكوين الجهاز العصبي، والجهاز الغدي وما يفرزه من هرمونات متعددة، وفي دراستهم لتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية على الشخصية، فقد اهتموا بدراسة تأثير خبرات الطفولة وخاصة في الأسرة وطريقة معاملة الوالدين، كما اهتموا بدراسة تأثير الطبقات الاجتماعية ، والثقافات الفرعية المدرسة، المؤسسات الاجتماعية المختلفة، وجماعات الرفاق والأصدقاء.

غير أن علماء النفس المحدثين قد أغفلوا في دراستهم للشخصية تأثير الجانب الروحي من الإنسان في شخصيته وسلوكه، مما أدى إلى قصور واضح في فهمهم للإنسان وفي معرفتهم للعوامل المحددة للشخصية السوية وغير السوية، كما أدى إلى عدم اهتدائهم إلى مفهوم واضح دقيق للصحة. وأدى ذلك بالتالي إلى عدم اهتدائهم إلى الطريقة المثلى في العلاج لاضطرابات الشخصية.

وإن التقليد الذي يعد السيكولوجيا دراسة لروح الإنسان دراسة تهم بفضائله وسعادته- هذا التقليد نبذ تماماً، وأصبح علم النفس الأكاديمي في محاولته لمحاكاة العلوم الطبيعية والأساليب المعملية في الوزن والحساب- أصبح هذا العلم يعالج كل شيء ما عدا الروح، إذ حاو ل، هذا العلم أن يفهم مظاهر الإنسان التي يمكن فحصها في المعمل، وزعم أن الشعور ــ وأحكام القيمة، ومعرفة الخير والشر، ما هي إلا تصورات ميتافيزيقية تقع خارج مشكلات علم النفس. وكان اهتمامه ينصب في أغلب الأحيان على مشكلات تافهة تتمشى مع منهج علمي مزعوم، وذلك بدلا من أن يضع مناهج جديدة لدراسة مشكلات الإنسان الهامة. وهكذا أصبح علم النفس علما يفتقر إلى موضوعه الرئيسي وهو الروح، وكان معنياً بالميكانيزمات، وتكوينات ردود الأفعال والغرائز، دون أن يعنى بالظواهر الإنسانية المميزة أشد التمييز للإنسان: كالحب والعقل والشعور والقيم. (إريك، فروم، 1977، ص. 11).

وإن الدين الإسلامي كثيرا ما يكون وسيلة لتحقيق الإيمان والسلام النفسي، وهو إيمان وأخلاق وعمل صالح، وهو الطريق إلى سيطرة العقل وإلى المحبة والسبيل القويم إلى القناعة والارتياح والطمأنينة والسعادة والسلام. وقد كتب وحلل وألف الكثير من الأطباء والعلماء المسلمين في مجال السعادة النفسية، وإن كل المذاهب الفلسفية الإسلامية التي تعرضت إلى فهم الروح وتحليل جوهرها، وماهيتها قد أتت بتعاليم قيمة لتحقيق الاطمئنان للأفراد والجماعات، عبر الزمان والمكان. أمثال: الكندي، والفارابي، والرازي، وابن سينا، والغزالي، وابن رشد، وابن النفيس، ومحمد الصقلي وغيرهم.

الفصل الثالث

فاعلية الذات

تمهيد.

أولا ــ مفهوم فاعلية الذات.

ثانيا ــ نظرية فاعلية الذات.

ثالثا ــ أبعاد فاعلية الذات.

رابعا ــ مصادر فاعلية الذات.

خامسا ــ أنواع فاعلية الذات.

سادسا ــ خصائص فاعلية الذات.

سابعا ــ الخصائص العامة لمرتفعي فاعلية الذات.

ثامنا ــ الخصائص العامة لمنخفضي فاعلية الذات.

خلاصة

تمهيد:

من أكثر المفاهيم النظرية والعلمية أهمية في علم النفس الحديث ذلــك الــذي وضعه باندور (Bandura) تحت اسم توقعات فاعليــة الــذات (Expectations Self-efficacy) أو معتقدات الفرد عن قدراته لينجز بنجاح سلوكا معينا.

ويشير باندورا (Bandura) (1977) إلى أن معتقدات الأفراد حول قدراتهم على تنظيم تصرفاتهم الهامة في حياتهم باعتبارها إدراك هؤلاء الأفــراد لفاعليــة الذات لديهم، فكل واحد له نمط فريد من فعالية الذات المدركة والتي تؤثر وتحدد الأنشطة التي يقوم بها أو بتجنبها. (Bandura, 1977, p.190).

ويؤكد باندورا (Bandura) (1982) على أن معتقدات الفرد عــن فاعليتــه الذاتية تتجلى من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية، والخبرات المتعــددة سواء المباشرة أو الغير مباشرة. (Bandura, 1982, p. 182).

إن سلوك الفرد وفقا لنظرية فاعلية الذات لا تحكمه فقط قدرة الفرد المدركــة على انجاز السلوك بل يحكمه أيضا الأثر المتوقع مــن انجــاز أو تحقيــق هــذا السلوك. وتقوم هذه النظرية على أساس الأحكام الصادرة من الفرد عن قدرته على القيام سلوكات معينة. والفاعلية الذاتية ليست مجرد مشاعر عامة ولكنها تقويم من جانب الفرد لذاته عما يستطيع القيام به، ومدى مصا برته، وللجهد الــذي يبذلــه ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة. ففاعلية الذات تؤثر في أنماط التفكير، التصرفات، والإثارة العاطفية. وتعد فاعلية الذات من أهم آليــات القــوى الشخصية لدى الأفراد، حيث تمثل مركزا أساسيا في دافعية الأفراد للقيــام بــأي نشاط، فهي تساعد الفرد على مجابهة الضغوط التي تعترض طريقه في مراحــل حياته المختلفة. (صالح، عواطف، 1993، ص. 461).

ويؤكد باندورا (Bandura) (1977) على أن مفهوم الفرد عــن فاعليتــه الذاتية يظهر من خلال الإدراك المعرفي لقدرات الفرد الشخصية ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها الفرد، حيث تعمل هذه الخبرات على مساعدة الــذات فــي التغلب على الضغوط التي تواجهه، وهذه الخبرات للممارسات إذا كانــت تتســم بالفشل فإنها قد تعوق الذات عن القيام بوظائفها الايجابية.(Bandura, 1977, p. 191).

كما يرى باندورا (Bandura) (1982) أن فاعلية الذات ليست سمة ثابتـــة فـــي السلوك الشخصي بل هي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما أنجزه الفـــرد فقـــط، ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع انجازه، وإنها نتاج المقدرة الشخصـــية.(126 , .(Bandura, 1982p.

أن آلية الفاعلية الذاتية يمكن أن يكون لها قيمة كبيرة في تفســـير تصـــرفات الأفراد ، كما أن لها دور كبير في تفسير السلوك الصحي ومدى تقيد الفـــرد بـــه لتجاوز أزماته الصحية، وفي هذا الفصل سنحاول التطرق إلى مفهوم فاعلية الذات ونظريتها وأبعادها، ومصادرها وأنواعها وخصائصها، ونختمه بالخصائص العامة لدى مرتفعي فاعلية الذات ولدى منخفضي فاعلية الذات.

أولا ــ مفهوم فاعلية الذات:

حظيت توقعات فاعلية الذات في السنوات الأخيرة بأهمية بالغة في مجال علم نفس الصحة لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك، وتعتبـر مـن البنـاءات النظرية الهامة لنظرية التعلم الاجتماعي المعرفي.

تستخدم المراجع المتخصصة مفاهيم توقعـات الكفـاءة (Competency Expectancies)، وتقدير توقعـات الكفـاءة (Self-efficiencyassessent)، وتوقعات الكفاءة الذاتية (Self-efficiency Expectancies) في السياق نفسـه، كما أن بعض المراجع تستعمل مرادف أخر للكفاءة الذاتية وهو الفاعلية الذاتيـة (Self- efficacy).(الزيات، 2001، ص. 501).

ويشير كل من صديق، والفرماوي، وأبو هاشم، وزيدان، وعبد القادر إلى أن (Efficacy) تعني الفاعلية ، وأن استخدام مفهوم فاعلية الذات ومفهـوم فعاليـة الذات يحمل نفس المعنى تقريبا. (المشيخي، 2009، ص. 70).

ويذكر الفرماوي إلى أنه توجد لفظة (Efficacy)، ولفظـة (Efficiency) في قواميس اللغة بمعان مترادفة وهي على التوالي الفاعلية والكفايـة. (الفرمـاوي، 1990، ص. 372).

وأشار زيدان أنه بالرجوع إلى قواميس اللغة لتحديـد الترجمـة الصـحيحة لمصطلح (Efficacy) وجد أنه يرد عند كل من إلياس وادوارد إلياس ، وحسـن سعيد الكرامي، ومنير البعلبكـي بمعنـى فاعليـة ، فـي حـين ورد مصـطلح (Efficiency) بمعنى الكفاية، وجدير بالذكر أن قواميس علم النفس قـد تناولـت مصطلح (Efficacy) بمعنى الفاعلية ، ومصطلح (Efficiency) بمعنى الكفاءة. (الزيات، 2001، ص. 501).

وعليه ففي الدراسة الحالية يُتَبنى مصطلح (Self-efficacy) المـرادف لـه باللغة العربية فاعلية الذات، وهذه الأخيرة حظيت بتعاريف جمة نجملها في التالي:

يرى باندورا (Bandura) (1997) أن فاعلية الذات هي الحكم على قـدرة انجاز نموذج سلوكي محدد، وقد طور باندورا (Bandura) (1997) هذه التعريف باقتراحه مفهوم معتقدات فاعلية الذات (Self-efficacy Beliefs) والتـي تعبـر

عما يعتقده الفرد عن قدراته وإمكانياته، وتظهر في جهده و مثابرتـــه علـــى أداء المهام. (المشيخي، 2009، ص. 70).

ويعرف الشعراوي (2000) مفهوم فاعلية الذات على أنــه مجموعــة مــن الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدراتــه علـــى القيــام بسلوكات معينة، ومرونته في التعامل مع المواقف الصـــعبة والمعقـــدة، وتحـــدي الصعاب ومدى مثابرته للانجاز، ويتضمن هذا المفهوم الأبعاد التالية التي أظهرها التحليل العاملي: الثقة بالنفس، والمقدرة على التحكم في ضغوط الحيـــاة، وتجنـــب المواقف التقليدية، والصمود أمام خبرات الفشل، والمثـــابرة للانجـــاز. (الشـــعراوي، 2000، ص.297).

ويذكر (Egan) (1982) أن فاعلية الـــذات (Self-efficacy) لهـــا علاقـــة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتعامل مـــع الضـــغوطات ومواجهتها ومقدار الجهد الذي سيبذلونه. (الدردير، 2004، ج. 2، ص. 209).

وتعرف عواطف صالح (1993) فاعلية الذات على أنها الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في أي موقف معين، وتوقعاتـــه عن كيفية الأداء الحسن، وكمية الجهد والنشاط، والمثابرة المطلوبة عند تعامله مع المواقف والتنبؤ بمدى النجاح في تحقيق ذلك السلوك. (صـــالح، عواطـــف، 1993، ص. 461).

ويرى (Berry) (1986) أن الفرد إذا شعر بالفاعلية والثقة أي فاعلية ذاتيـــة عالية فإنه من المحتمل أن يبذل الجهد والمثابرة اللازمة لإتقان العمـــل. (الـــدردير، 2004، ج. 2، ص. 209).

ويذكر أبو هاشم (1994) أن فاعلية الذات هي توقع الفرد في قدرته على أداء مهمة محددة، وهي بذلك تعني استبصار الفرد بإمكاناته وحسن استخدامها، بينمـــا توقعات فاعلية الذات السالبة تعني انخفاض ثقة الفرد في قدرته على أداء السلوك. (أبو هاشم، 1994، ص. 57) .

ويشير (Shell) (1989) إلى أن فاعلية الذات هي الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص، ويطبقون مهاراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية الموجـــودة

على أداء مهمة معينة، ويعبر عنها على أنها صفة شخصية في القدرة علـــى أداء المهام بنجاح في مستوى معين. (الدردير، 2004، ج. 2، ص. 210).

ويعرف زيدان (2000) فاعلية الذات على أنها إدراك الفرد لقدرتـــه علـــى انجاز السلوك المرغوب فيه بإتقان ورغبته في أداء الأعمـــال الصـــعبة، وتعلـــيم الأشياء الجديدة، والتزامه بالمبادئ وحسن تعامله مع الآخرين، وحل ما يواجهـــه من مشكلات، واعتماده على نفسه في تحقيق أهدافه بمثابرته وإصرار. (المشـــيخي، 2009، ص. 70).

ويرى الفرماوي (1990) أن توقعات الفاعلية الذاتية للشخص يمكن أن تحدد المسار الذي يتبعه كإجراءات سلوكية إما في صورة ابتكاريه أو نمطية، كذلك فإن هذا المسار يمكن أن يشير إلى مدى اقتناع الفرد بفاعليته الشخصـــية (Personal Efficacy)، و ثقته بإمكاناته التي يقتضيها الموقف. (المشيخي، 2009، ص. 72).

كما يرى العدل (2001) أن فاعلية الذات هي ثقة الفرد في قدراتـــه خـــلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب الكثيرة وغير المألوفة، أو هي اعتقادات الفرد في قوة الشخصية مع التركيز على الكفاءة في تفسير السلوك دون المصادر والأسباب الأخرى للتفاؤل. (العدل، 2001، ص. 131).

ويذكر حسيب (2001) أن مصطلح فاعلية الذات الـــذي اقترحـــه بانـــدورا (Bandura) (1977) يشير إلى إحساس الفرد بالفاعلية الذاتية والقدرة على تحقيق السلوك المرغوب والتحكم في الظروف البيئية المحيطة. (المشيخي، 2009، ص. 73).

ويشير كل من هاليين ودينهر (Hallian & Danaher) (1994) إلـــى أن فاعلية الذات تعني ثقة الأفراد فيما يتعلق بقدراتهم علـــى الأداء فـــي المجـــالات المتنوعة، ويكون الفرد أكثر معرفة لنفسه إذا كانت لديه القدرة على إحراز الهدف، وهي تؤثر على الأهداف البعيدة والمتصلة بالقدرة على انجاز السلوك، وتعتمد إلى حد ما على قدرة الشخص ولكن ليست مرادفة لمفهوم القدرة. (المشيخي، 2009، ص. 72).

ويعرف باندورا (Bandura) الفاعلية الذاتية على أنها اعتقادات الفرد حــول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء، تؤثر على الأحداث التــي تمــس حياتــه وشعوره، وبأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث وأنها تحت سيطرته غالبا. (زعطوط، رمضان، 2005، ص. 42).

ويتصف مفهوم فاعليــة الــذات (Self-efficacy) كمــا يشــير بانــدورا (Bandura) (1982) بأنه ذو طبيعة تأثيرية وقادر على تفسير السلوك الضروري لفهم تعامل الأفراد مع بيئاتهم وهو لب بناء علاقة بين المعرفة والسلوك.

وأشار باندورا (Bandura) (1977) إلى أن فاعلية الــذات تســاعد علــى المواظبة في أداء العمل حتى يتحقق النجاح بينما يؤدي عدم الفاعلية إلــى عــدم المثابرة، وأن مفهوم فاعلية الذات ذو طبيعة تنبؤية انتقائيــة فمــن المفتــرض أن الفاعلية تؤثر في اختيار السلوك الفعال والجهد المبذول والمداومة فــي التصــدي للصعاب والقيام بالعمل. (Bandura, 1977, p. 191).

ويشير مفهوم فاعلية الذات إلى معتقدات الفرد وقناعته فيما يخص قدرته على ممارسة النشاطات اللازمة، وتنفيذها قصد بسط السيطرة على حــدث معــين أو التحكم فيه، ويعتقد باندورا (Bandura) أن التعلم الاجتماعي من خلال الملاحظة والنمذجة أو التقليد هو المصدر الرئيسي لفاعلية الذات. (يخلــف، عثمــان، 2001، ص. 33).

كذلك يرى باندورا (Bandura) (1977) أن من بين المتغيــرات المعرفيــة التي تحدث قبل القيام بالسلوك ما يسمى بالتوقعات أو الأحكام، سواء كانــت هــذه التوقعات أو الأحكام خاصة بإجراء السلوك أو الناتج النهائي له، وأطلق على هذه التوقعات مصطلح فاعلية الذات، ويعني أحكام الفرد على توقعاتــه عــن قيامــه بالسلوك في وضعيات يسودها الغموض، وتنعكس هذه التوقعات علــى اختيــار الأنشطة المتضمنة في الأداء والجهد المبذول، والتصدي للصعاب وانجاز السلوك. (Bandura, 1977, p. 191).

ويضيف باندورا (Bandura) (1989) أن فاعلية الذات (Self-Efficacy) تؤثر في أنماط التفكير بحيث قد تصبح معينات ذاتية أو عوائق ذاتيــة، وأن إدراك

الأفراد لفاعلية الذات تؤثر على أنواع الخطط التي يرسموها، فالذين لديهم إحساس مرتفع بفاعلية الذات يرسمون خططا ناجحة، والذين يصدرون على أنفسهم انتفاء الفاعلية أكثر ميلا للخطط الفاشلة والأداء الضئيل والإخفاق المتكرر، فالإحساس بالفاعلية ينشئ بناءات معرفية ذات أثر فعال في تقوية الإدراك الذاتي للفاعلية (Bandura, 1989, p. 1175).

ويفرق باندورا (Bandura) (1997) بين توقعات وأحكام تحدث قبل السلوك، وهي توقعات فاعلية الذات (Self-Efficacy) وتعني الاعتقاد أن الفرد يمكن أن يؤدي بنجاح السلوك الذي هو بصدد القيام به، وبين توقعات تحدث بعد بداية السلوك وتعرف بتوقعات النتائج، أو توقعات الشخص عن مخرجات الاستجابة (Response Outcomes Expectation)، وتعني اعتقاد الفرد بأن سلوكيات معينة سوف تؤدي إلى نتائج معينة، وتنعكس فاعلية الذات للشخص في التوقعات التي يصدرها عن كيفية قيامه بالمهمة والنشاط المتضمن ومدى تنبؤه بالجهد اللازم والمواظبة المطلوبة. (Bandura , 1997, p. 20).

ويؤكد باندورا (Bandura) (1977) على أن فاعلية الذات ليست محددا كافيا للسلوك ولكن لابد أن يكون هناك قدر من الاستطاعة لدى الشخص سواء كانت استطاعة فيزولوجية أو عقلية، ويضيف بأن التوقعات لها تأثير على كل من المبادأة والمواظبة على سلوك حل المشكلة، وأن من مظاهرها أيضا الاستبصار والثقة بالنفس ودافعية الانجاز.

ومما سبق فان مفهوم الفاعلية الذاتية الذي قدمه باندورا (Bandura) في نظريته له دور فعال في الانجاز، ونجاح الأداء والمواظبة والرفع من فاعلية الذات وقدرتها على مواجهة العديد من المشكلات التي تقف سدا بين الإنسان وبين ثقته بنفسه. وعلى ضوء ما تم استعراضه لمفهوم فاعلية الذات نخلص إلى أن فاعلية الذات هي سمة شخصية يمتلكها الفرد بخصوص ثقته في قدراته ومهاراته واعتقاداته واستعداده لتطبيق المهارات المعرفية والاجتماعية والسلوكية التي لديه من أجل التصدي للضغوط والأحداث التي تؤثر على حياته مع التعامل معها والسيطرة عليها.

ثانيا ــ نظرية فاعلية الذات ألبرت باندورا (Bandura) (1977):

تعد نظرية بانــدورا (Bandura) (1977) للــتعلم الاجتمــاعي (Social Learning Theory) من أكثر النظريات استعمالا في الدراســة والبحــث عــن المحددات النفسية الاجتماعية للسلوك الاجتماعي. (يخلف، 2001، ص. 34).

انطلق باندورا (Bandura) (1977) في تنظيره للفاعلية الذاتية من اعتقاده بــأن التأثير المرتبط بالمثيرات يأتي من الدلالــة التــي تعطيهــا الفاعليــة التنبؤيــة (Predictive Efficacy) للفرد، وليس من كون هده المثيرات مرتبطة على نحو آلي بالاستجابات، وقد نظر باندورا للفاعلية الذاتية على أنها أحكام الفرد أو توقعاته على أدائه للسلوك فــي مواقــف تتســم بــالغموض أو ذات ملامــح ضــاغطة (Stressful)، وتنعكس هذه التوقعات في اختيار الفرد للأنشطة المتضــمنة فــي الأداء والمجهود المبذول والمثابرة ومواجهة مصاعب انجاز الســلوك. (Pajares, 1996, p. 546).

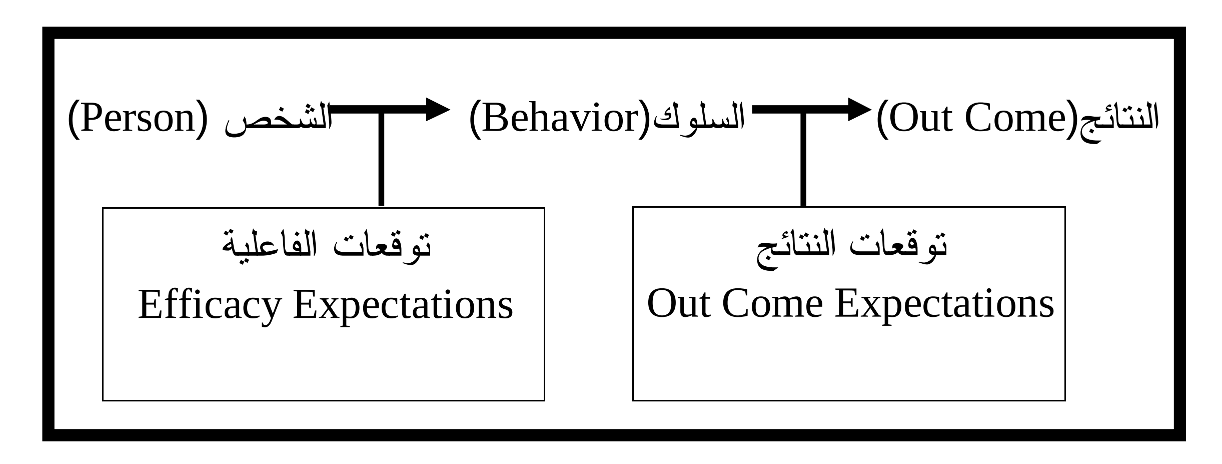
وتقوم نظرية الفاعلية الذاتية على الأحكام التي يصدرها الفرد، وعلى مــدى قدرته على تحقيق الأعمال المختلفة المطلوبة منه عنــد التعامــل مــع المواقــف المستقبلية، ومعرفة العلاقة بين هذه التعليمات والأحكام الفردية والسلوك التابع لها والناتج عنها، وهذه الأحكام تعتبر محددات السلوك لــدى الفــرد فــي المواقــف المستقبلية. (صالح، عواطف، 1993، ص. 462).

ويرى باندورا (Bandura)(1997) أن سلوك الفرد يحدث وفقــا لتوقعاتــه الخاصة بكل من:

1 ــ توقعات النتائج (Out Come Expectations).

2 ــ توقعات الفعالية (Efficacy Expectations).

ويبدو ذلك من خلال الشكل رقم (1) التالي:



الشكل رقم (1) العلاقة بين توقعات الفاعلية و توقعات النتائج.
(Bandura, 1997, p. 195)

ويعني ذلك أن توقعات الفاعلية الذاتية تسبق توقعات الفرد عن ناتج أو مخرجات السلوك، ويقرر باندورا(Bandura)(1986) أن كلا من الفاعلية الذاتية والتوقعات عن المخرجات آليتان تتدرجان فيما يسمى بالتقييم الذاتي (Self-evaluation) وهما يحددان معا انجاز السلوك على نحو ما. (المشيخي، 2009، ص. 75).

ويضيف باندورا (Bandura) (1982) أن فاعلية الذات المرتفعة والمنخفضة ترتبط بالبيئة، فعندما تكون الفاعلية مرتفعة والبيئة ملائمة يغلب أن تكون النتائج ناجحة، وعندما ترتبط الفاعلية المنخفضة ببيئة غير ملائمة يصبح الشخص مكتئبا حين يلاحظ أن الآخرين ينجحون في أعمال صعبة بالنسبة له، وعندما يواجه الأشخاص ذوو الفاعلية المرتفعة مواقف بيئية غير ملائمة فإنهم يكيفون جهودهم ليغيروا البيئة، وقد يستخدموا الاحتجاج والتنشيط الاجتماعي أو حتى القوة لإثارة التغيير، ولكن إذا أخفقت جهودهم فسوف يستخدمون مسلكا جديدا. وحين ترتبط فاعلية الذات المنخفضة مع بيئة غير ملائمة فثمة تنبؤ بعدم المبالاة والخضوع واليأس. (Bandura, 1982, p. 123).

ويشير جابر (1990) إلى أن باندورا (Bandura) قد توصل في نظريته عن فاعلية الذات (1977) بتحقيق توازن بين مكونين أساسيين لبناء النظرية وهما: التأمل الإبداعي، والملاحظة الدقيقة، وبذلك فهو يختلف عن كل من فرويد

ويونج، وأدلر (Freud, Jung, Adler)، حيث نجدهم قد وضعوا نظرياتهم بنـــاء على ملاحظاتهم وخبراتهم الإكلينيكية، كما أنه يختلف عن كل من دولارد وميلر " وسكينر (dollard, miller, skinner). لأن نظرياتهم أقيمـــت علـــى دراســـات وتجارب أجريت على الحيوان بينما نظرية فاعلية الذات تقوم على بيانات مستمدة بعناية من دراسة الإنسان. (جابر، عبد الحميد، 1990، ص.441).

ويذكر باجارس (Pajares) (1996) أن باندورا (Bandura) حـــدد عـــدة حالات يمكن من خلالها تعميم أحكام الفاعلية الذاتية عبر النشاطات المختلفة وهي:

1 ــ من الممكن توقع أحكام الشخص حول قدرته على إبانة المهارات الأساســية، عندما تتطلب المهمات المتنوعة نفس المهارات الفرعية. يعني أنه يقدر على أداء مهام مختلفة.

2 ــ إذا كانت المهارات المطلوبة لإكمال نشاطات مختلفة، مهـــارات متلازمـــة، فالشخص يستطيع أداء أحد هذه الأنشطة، ويستطيع أداء باقي الأنشطة.

3 ــ إذا حقق الفرد شيئا صعبا فينتج عنه تحـــول الخبـــرات (Transforming Experiences)، والانجاز القوي يقوي اعتقادات الفرد في فاعليته الذاتية عبـــر مساحات متنوعة وغير مترابطة من النشـــاطات، فعلـــى ســـبيل المثـــال: طلبـــة الماجستير عندما ينجزون بحوثهم، فإن ذلك يمكن أن يعدل من ثقتهم في التعامـــل بنجاح مع نشاطات غير مرتبطة بمجال عملهم. (Pajares, 1996, p. 562).

ويشير باندورا (Bandura) (1986) في كتابه أسس التفكيـــر والأداء أن نظرية فاعلية الذات اشـــتقت مـــن النظريـــة المعرفيـــة الاجتماعيـــة (Social Cognitive Theory) التي وضع أسسها، والتي أكد فيها بـــأن الأداء الإنســـاني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بـــين الســـلوك، ومختلـــف العوامـــل المعرفيـــة والشخصية والبيئية. وفيما يلي الافتراضات النظرية، والمحددات المنهجية التـــي تقوم عليها النظرية المعرفية الاجتماعية:

1 ــ يمتلك الأشخاص القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعـــال

والاختبار الفرضي لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج، والجمع بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.

2 ــ إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي، كالتنبؤ، وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز.

3 ــ يمتلك الأشخاص القدرة على التأمل الذاتي، والقدرة على التحليل وتقييم الأفكار والخبرات الذاتية، وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار والسلوك.

4 ــ يمتلك الأشخاص القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم، وعن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية، والتي بدورها تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، ويقومون بتقييم سلوكهم بناءا على هذه المعايير، وبالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك.

5 ــ يتعلم الأفراد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ، وهذا التعلم يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، ويسمح بالاكتساب السريع للمهارات المعقدة، والتي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة.

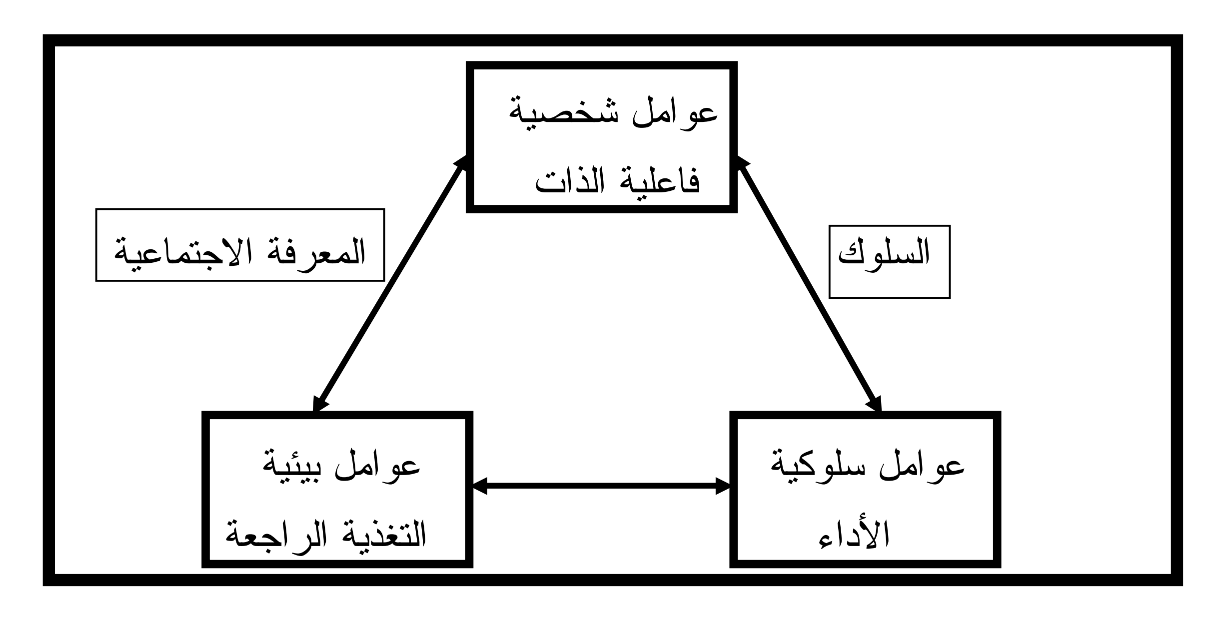
6 ــ أن كل من القدرات السابقة (القدرة على عمل الرموز، التفكير المستقبلي، التأمل الذاتي، التنظيم الذاتي، التعلم بالملاحظة) هي نتيجة تطور الآليات والأبنية النفسية–العصبية المعقدة، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك ولتزويده بالمرونة اللازمة.

7 ــ تتفاعل كل من الأحداث البيئية والعوامل الذاتية الداخلية (معرفية، انفعالية، بيولوجية) والسلوك بطريقة متبادلة، فالأفراد يستجيبون معرفيا وانفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية، ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي، والذي بدوره يؤثر أيضا على الحالات المعرفية والانفعالية والبيولوجية،

ويعتبر مبدأ الحتمية المتبادلة (Determinism Reciprocal) من أهم افتراضات النظرية المعرفية الاجتماعية. (انظر الشكل رقم (2) مبدأ الحتمية المتبادلة).

وبالرغم من أن هذه المؤثرات ذات تفاعل تبادلي إلا أنها ليست بالضرورة تحدث في وقت متزامن، أو أنها ذات قوة متكافئة وتهتم نظرية الفاعلية الذاتية بشكل رئيسي بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة، التابع للنظرية المعرفية الاجتماعية، ذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة، وتؤكد نظرية الفاعلية الذاتية إلى معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، ففاعلية الذات لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد، وإنما كذلك بما يستطيع عمله بتلك المهارات الممتلكة.

ويرى باندورا (Bandura)(1986) أن الأفراد يقومون بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم، وتنظيم سلوكهم الاختياري، وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات. وبالتالي تمتلك التوقعات المتعلقة بالفاعلية الذاتية القدرات الخلاقة، والاختيار المحدد للأهداف، والأحداث ذات الأهداف الموجهة، والجهد المبذول لتحقيق الأهداف، والإصرار على مواجهة الصعوبات، والخبرات الانفعالية. (الجاسر، 2007، ص ص.29-30).



شكل رقم (2) نموذج الحتمية المتبادلة في نظرية فاعلية الذات.

(Bandura, 1986, p. 24)

يتبين من الشكل السابق أن نظرية فاعلية الذات تهتم بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة التابع للنظرية المعرفية الاجتماعية، وذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك، وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة. (Bandura,1986 : p 24).

ثالثا ــ أبعاد فاعلية الذات (Dimensions of self–efficacy):

حدد باندورا(Bandura) (1977) ثلاثة أبعاد تتغير فاعلية الذات وفقا لها وهي:

1- قدر الفاعلية (Magnitude):

وهو يختلف تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويتضح قدر الفاعلية بصورة أكبر عندما تكون المهام مرتبة، وفقا لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، ويمكن تحديده بالمهام البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها. (Bandura, 1977, p. 194).

ويذكر باندورا (Bandura) (1986) في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل: مستوى الإتقان، وبذل الجهد، والدقة، والإنتاجية، والتهديد، والتنظيم الذاتي المطلوب. فمن خلال التنظيم الذاتي فإن القضية لم تعد أن فردا ما يمكن أن ينجز عملا معينا عن طريق الصدفة، ولكن القضية هي أن فردا ما لديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة، من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء. (العبدلي، 2009، ص. 38).

2 – العمومية (Generality):

يشير باندورا (Bandura) (1977) هنا إلى انتقال توقعات فاعلية الذات من موقف إلى مواقف متشابهة، فالشخص يستطيع النجاح في أداء مهام، مقارنة بنجاحه في أداء مهام مشابهة. (Bandura, 1977, p. 194).

وفي هذا الصدد يذكر باندورا (Bandura) (1986) أن العمومية تحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة، وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل: درجة تشابه الأنشطة، والطرق التي تعبر بها عن الإمكانات أو القدرات السلوكية والمعرفية والوجدانية، ومن خلال التفسيرات

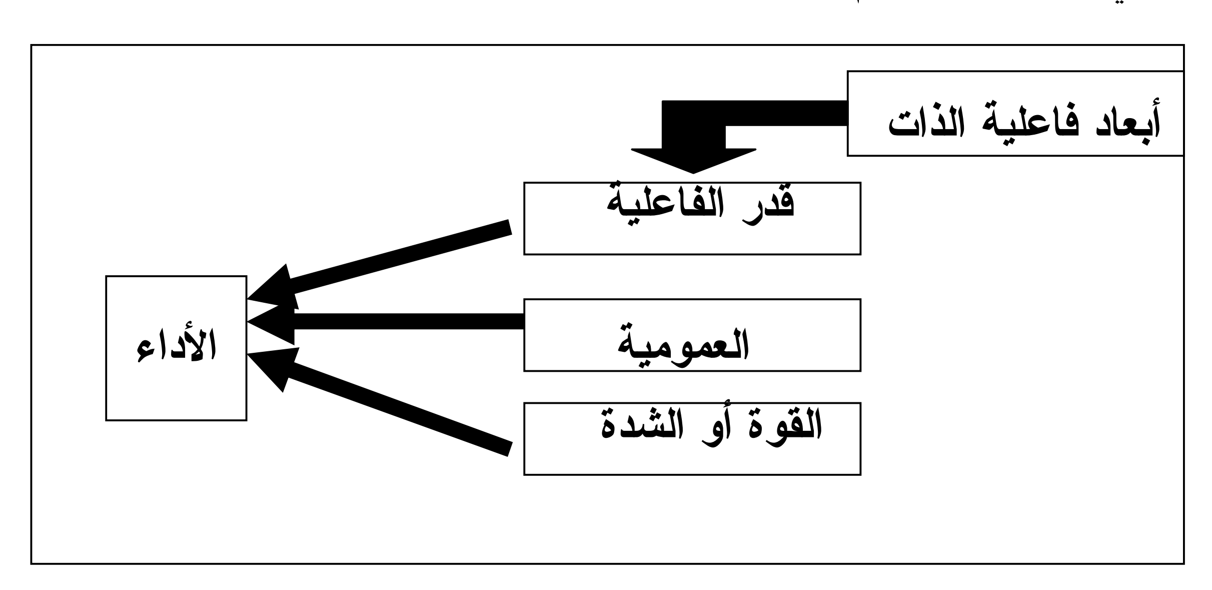
الوصفية للمواقف، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه. (الجاسـر، 2007، ص. 33).

3 – الشدة (القوة) (Strength):

يؤكد باندورا (Bandura) (1986) أنها تحدد ضمن خبرة الشخص ومـدى مناسبتها للموقف، وأن الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنـه المواظبـة فـي العمل، وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الصعبة. (Bandura, 1977, p. 194).

ويشير باندورا (Bandura) (1997) في هذا الصدد إلى أن قـوة الشـعور بالفعالية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح، كما يذكر أيضا أنه في حالة التنظـيم الـذاتي للفاعلية فان الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشـكل منظم في خلال فترات زمنية محددة. (المشيخي، 2009، ص. 78).

وفي الأخير الشكل رقم (3) يبين أبعاد فاعلية الذات وعلاقتها بالأداء لدى الأفراد.



شكل رقم (3) أبعاد فاعلية الذات عند باندورا

(Bandura, 1997, p. 44)

رابعا ــ مصادر فاعلية الذات (Self-Efficacy Sources):

اقترح باندورا (Bandura) (1989) أربعة مصادر يستطيع الفرد من خلالها أن يكتسب فاعلية الذات وهي:

1 ــ الإنجازات الأدائية (Performance Accomplishment):

ويقصد بها التجارب والخبرات التي يقوم بها الشخص، ويذكر باندروا (Bandura) (1986) أن هذا المصدر له تأثير خاص، لأنه يعتمد أساسا على الخبرات التي يمتلكها الشخص فالنجاح عادة يسمو بتوقعات الفاعلية، وبينما الإخفاق المتكرر يخفضها، وبعد أن يتم تحقيق فاعلية ذاتية مرتفعة من خلال النجاحات المتكررة، فإن الأثر السلبي للفشل العارض عادة ما يتناقص، بل إن الإخفاقات العارضة التي يتم التغلب عليها من خلال الجهود الدؤوبة يمكن أن ترفع الدافعية الذاتية، ويمكن لفاعلية الذات أن تعمم إلى مواقف أخرى سبق وأن كان الأداء فيها ضعيف لانعدام الفاعلية الذاتية. (Bandura, 1989, p. 1179).

ويضيف باندورا (Bandura) (1986) أن تغير الفاعلية الذاتية للأفراد من خلال الإنجازات الأدائية يعتمد على الإدراك المسبق للقدرات الذاتية، وصعوبة المهمة المدركة، ومقدار الجهد المبذول، وحجم المساعدات الخارجية، والظروف التي تحيط بعملية الأداء، والتوقيت الزمني للنجاحات والإخفاقات ــ بمعنى أن الإخفاقات إذا حدثت قبل الشعور بالفاعلية فإنها تقلل من هذا الشعور ـــ، والأسلوب الذي يتم به تنظيم وبناء الخبرات معرفيا في الذاكرة. (العبدلي، 2009، ص. 40).

وترى لويد ويليامز (Loyd Williams) أنه بالرغم من أن الأفراد يعتمدون على إنجازاتهم الأدائية للحكم على فاعليتهم الذاتية، فإنهم يستخدمون مصادر أخرى للمعلومات، كمهارات الحكم الذاتي والتي تختلف عادة عن الإنجازات السابقة. وعندما يقع هذا التناقض تصبح فاعلية الذات أفضل منبع للإنجازات المستقبلية. (العتيبي، 2009، ص. 29).

2 ـــ الخبرات البديلة (Vicarious Experience):

ويعني هذا المصدر "**التعلم بالملاحظة**" أو "**التعلم بالنموذج وملاحظة الآخرين**" وهي الخبرات غير المباشرة، كالمعلومات التي تصدر من الآخرين، ويرى باندروا (Bandura) (1986) أن الأفراد لا يثقون في نموذج الخبرة كمصدر أساسي للمعلومات فيما يتعلق بمستوى فاعلية الذات، ولذلك فإن الكثير من التوقعات تشتق من الخبرات البديلة، ورؤية أداء الآخرين للأنشطة الصعبة ويمكن للخبرات البديلة أن تنتج توقعات مرتفعة عن طريق الملاحظة، والرغبة في التقدم، والمثابرة ومقارنة القدرات الذاتية بالنسبة لقدرات الآخرين. (Bandura, 1977, p. 197).

ويضيف باندروا (Bandura) (1986) أن تقدير فاعلية الذات يتأثر جزئيا بالخبرات البديلة، أو رؤية الآخرين يؤدون النشاط بنجاح، وبالرغم من ضعف المكونات المدركة في ملاحظة الآخرين فإن عرض النماذج المشابهة يمكنها أن تنقل معلومات حول فاعلية الذات والتنبؤ بالأحداث البيئية. (المشيخي، 2009، ص. 81).

ويضيف باندورا (Bandura) (1986) أن نظرية المقارنة الاجتماعية نشأت لتفسير التقييم الذاتي للقدرة في ظل غياب محك محايد، فهناك العديد من العمليات التي من خلالها تؤثر الخبرات البديلة على التقييم الذاتي لفاعلية الذات ومن هذه العمليات المقارنة الاجتماعية، فأداء الآخرين المشابه لأداء الفرد يشكل مصدرا مهما للحكم على القدرة الذاتية، كما أن مراقبة الأفراد لأدائهم تحت ظروف معينة والذي يؤدي إلى نتائج ناجحة يوضح بطريقة مباشرة حدود قدرات الفرد، وهذا ما يطلق عليه محاكاة الذات(Self-Modeling). (العتيبي، 2008، ص. 30).

والتعلم بالملاحظة تتحكم فيه أربع عمليات فرعية وهي:

أ ـــ عملية الانتباه:

فهي تحدد الملاحظة الانتقائية في ضوء تأثير النمذجة، وهي المعلومات المستخلصة من الأحداث المشاهدة، وهناك العديد من العوامل التي تؤثر على اكتشاف وفحص النماذج في البيئة الاجتماعية والرمزية، ومنها العمليات المعرفية، والتصورات السابقة، وقيم الملاحظ، والتكافؤ الفعال، والجاذبية، والقيم والأنشطة

الملاحظة. ومع ذلك فإن الأفراد لا يتأثرون كثيرا بالأنشطة التي يتم نسيانها. (العبدلي، 2009، ص. 41).

ب ـــ عملية الذاكرة:

وتقوم بتحويل وبناء المعلومات التي تتعلق بالأحداث، ليعاد تمثيلها في الذاكرة على هيئة قواعد وتصورات، وتتولى التصورات السلوكية إنتاج القواعد التي تعمل على بناء الأحداث المناسبة للظروف المتغيرة. وقد تؤدي التصورات المسبقة والحالة الانفعالية إلى الأحداث المناسبة للظروف المتغيرة. وقد تؤدي التصورات المسبقة والحالة الانفعالية إلى استحضار تأثيرات متحيزة على الأنشطة التي يقوم بها الفرد. (العتيبي، 2008، ص ص. 30ـــ31).

ج ـــ عملية إنتاج السلوك:

يعادل السلوك عادة في ضوء المعلومات المقارنة بالنموذج التصوري للإنجاز، فهناك ارتباط بين الفعل والتصورات المسبقة، وكلما امتلك الفرد العديد من المهارات الفرعية كلما كان من السهل استخدام هذه النماذج التصورية لإنتاج سلوك جيد. (العبدلي، 2009، ص. 41).

د ـــ العملية الدافعية:

تفرق النظرية المعرفية الاجتماعية بين التعلم والأداء، لأن الأفراد لا يقومون بكل ما تعلموه. ويتأثر القيام بالسلوك الناتج عن الملاحظة بثلاثة أنواع من الدوافع المحفزة وهي: النتائج المباشرة، والخبرات البديلة، والإنتاج الذاتي.

فالأفراد يميلون إلى أداء السلوك الناتج عن النمذجة إذا كان يؤدي إلى نتائج قيمة مباشرة وليس العكس، حيث إن نجاح الآخرين يعطي الفرد دفعة للقيام بسلوك مماثل، بينما الإخفاق والسلوكيات ذات العواقب الوخيمة تؤدي إلى كف السلوك، والمعيار الشخصي يوفر مصدرا آخر للدافعية، حيث إن التقييم التفاعلي الذي يملكه الفرد لسلوكه ينظم الأنشطة الناتجة عن التعلم بالملاحظة، إذ يسعى الفرد إلى الأنشطة التي تحقق الرضا الشخصي، وتعطي الإحساس بالأهمية. (العبدلي، 2009، ص. 42).

وإن تأثير الخبرات البديلة على فاعلية الذات لا يتضمن فقط تعرض الأفراد لنماذج، فالنماذج تعمل من خلال شبكة معقدة من العمليات المعرفية، والنظرية المعرفية الاجتماعية توفر إطارا تصوريا لكيفية استخدام كل من عمليات الانتباه، والذاكرة، وإنتاج السلوك، والدافعية لتعزيز الفاعلية الذاتية عن طريق الخبرات البديلة. وهناك طريقة أخرى يمكن للخبرات البديلة بموجبها التأثير على التقييم الذاتي للفاعلية. وهي الحالات الانفعالية المستثارة من تقييم الذات المقارن، فرؤية إنجازات الآخرين المشابهة قد تسعد أو تحبط الملاحظين، اعتمادا على تصور النجاح أو الإخفاق الناتج عن المقارنة الاجتماعية، والمقارنة التنافسية بأداء متفوق تؤدي إلى انتقاص الذات واليأس، بينما تؤدي المقارنة بأداء أفراد لهم نفس القدر من الموهبة إلى انتقاص ذاتي إيجابي، والأفراد الذين يشعرون بعدم الأمان يتجنبون المقارنات الاجتماعية التي تحمل تهديدا كامنا لإحساسهم بتقدير الذات. (العتيبي، 2008، ص. 31).

3 ـ الإقناع اللفظي (Verbal Persuasion):

يذكر باندورا (Bandura) (1982) أن الإقناع اللفظي هو الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين، والاقتناع بها من قبل الفرد، أو معلومات تأتي إلى الفرد لفظيا عن طريق الآخرين فيما قد يكسبه نوعا من التغريب في الأداء، ويؤثر على سلوك الفرد أثناء محاولاته للقيام بالمهمة، وإن الإقناع الاجتماعي له دور مهم في تقدم الإحساس بالفاعلية الشخصية. وبالرغم من أن الإقناع الاجتماعي وحده يملك حدودا معينة لخلق حس ثابت بالفاعلية الذاتية، لكنه يمكن أن يساهم في النجاحات التي تتم من خلال الأداء التصحيحي، فالأشخاص الذين يتلقون الإقناع الاجتماعي يملكون قدرات خاصة للتصدي للمواقف الشائكة، ويتلقون المساعدة للقيام بـأداء مقبول، كما يستطيعون أن يبذلوا جهدا كبيرا أكثر من أولئك الذين يتلقون المعاونة فقط، ومع ذلك فإن وجود الإقناع اللفظي وحده دون تهيئة الظروف المناسبة للأداء الفعال يؤدي غالبا إلى الفشل الذي يضعف الثقة بالمقنع، ويقوض الفاعلية الذاتية المدركة للمتلقي للإقناع، وبالتالي فإن هناك علاقة تفاعلية وفي نفس الوقت مستقلة لآثار الإقناع اللفظي على فاعلية ذاته. (Bandura, 1982, p. 122).

4 ـــ الاستثارة الانفعالية (Emotional Arousal):

يذكر باندورا (Bandura) (1977) أن الاســـتثارة الانفعاليـــة تظهـــر فـــي المواقف الشائكة بصفة عامة، والتي يبذل فيها مجهـــودا جبـــارا، وتعتمـــد علـــى الموقف وتقييم معلومات القدرة فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية، وهي مصدر رئيسي لمعلومات فاعلية الذات وتؤثر عليها، فالأشخاص يعتمدون جزئيا على الاســـتثارة الفيزيولوجية في تقييم فاعليتهم، فالقلق والضغط يؤثران علـــى فاعليـــة الـــذات، والاستثارة الانفعالية المرتفعة عادة ما تضعف الأداء، كما يمكن خفض الاســـتثارة الانفعالية بواسطة النمذجة، وبالإضافة إلى ذلك فهناك متغير مهم يعتبر أكثر تأثيرا في رفع فاعلية الذات وهو ظروف الموقف نفسه. (Bandura, 1977, p. 199).

ويذكر جابر (1990) في هذا الصدد أن معظم الناس تعلموا تقييم ذواتهم من خلال تنفيذ عمل معين في ضوء الاستثارة الانفعالية، فالذين يملكون خوفا شديدا أو قلقا حادا يغلب أن تكون فاعليتهم منخفضة، وترتبط الاستثارة بعدة متغيرات هي:

أ ـــ مستوى الاستثارة:

فالاستثارة الانفعالية ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء.

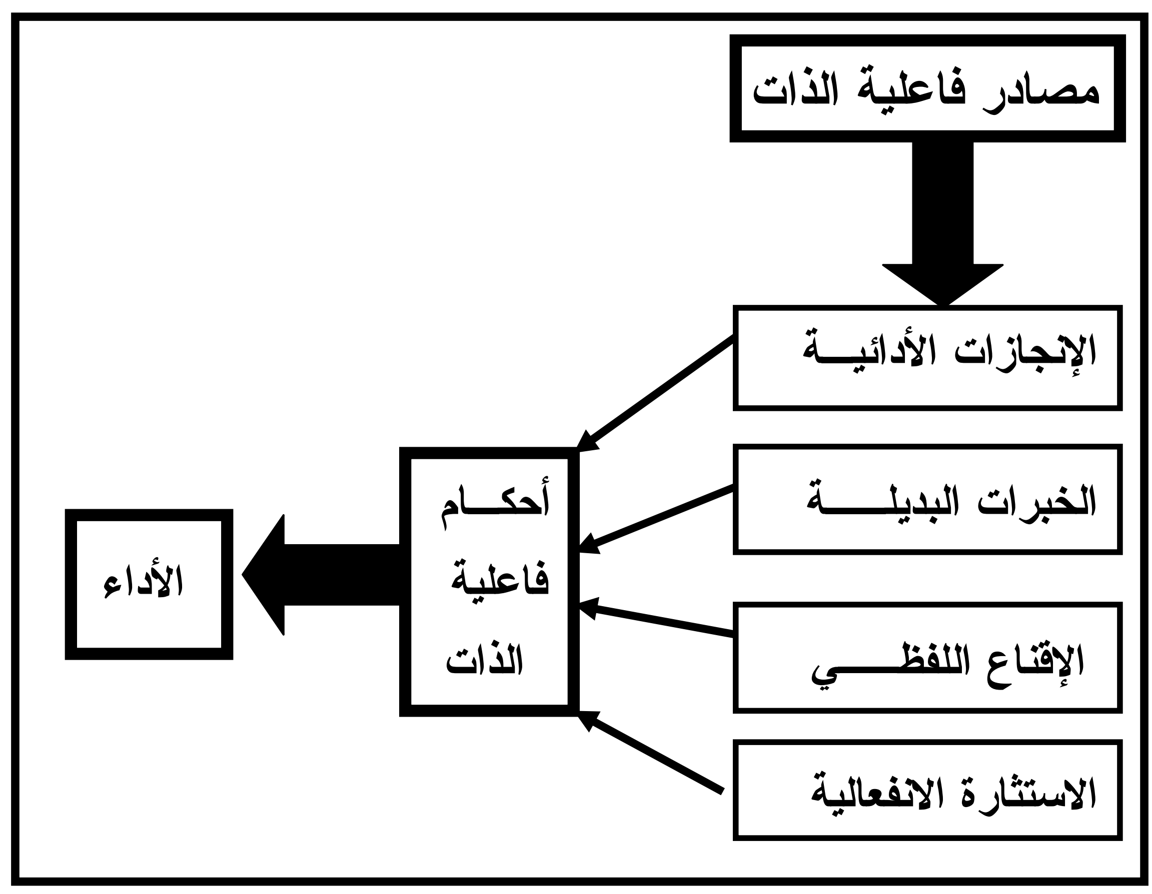
ب ـــ الدافعية المدركة للاستثارة الانفعالية:

فإذا عرف الشخص أن الخوف أمر واقعي فإن هذا الخوف قد يرفع فاعليـــة الفرد، ولكن عندما يكون خوفا مرضيا فإن الاستثارة الانفعالية عندئذ تميـــل إلـــى خفض الفاعلية.

ج ـــ طبيعة العمل:

إن الاستثارة الانفعالية قد تيسر النجاح للأعمال البسيطة ويغلب أن تعطـــل الأنشطة المعقدة. (جابر، عبد الحميد، 1990، ص ص. 445ـــ446).

و الشكل التالي رقم (4) يبين هذه المصادر وعلاقتها بأحكام فاعلية الذات والسلوك أو الناتج النهائي للأداء.



شكل رقم (4) مصادر فاعلية الذات عند باندورا.

(Bandura, 1997).

خامسا ــ أنواع فاعلية الذات:

صنف العلماء فاعلية الذات إلى عدة أنواع منها:

1 ــ الفاعلية القومية (Population-Efficacy):

يذكر جابر (1990) أن الفاعلية القومية قد تــرتبط بأحــداث لا يســتطيع المواطنون السيطرة عليها مثل (انتشــار تــأثير التكنولوجيــا الحديثــة، التغيــر الاجتماعي السريع في أحد المجتمعات، الأحداث التي تجري في أجزاء أخرى من العالم)، والتي يكون لها تأثير على من يعيشون في الــداخل، كمــا تعمــل علــى إكسابهم أفكار ومعتقدات عن أنفسهم باعتبارهم أصحاب قومية واحدة أو بلد واحد. (جابر، عبد الحميد، 1990، ص. 477).

2 ـ الفاعلية الجماعية (Collective-Efficacy):

هي مجموعة تؤمن بقدراتها وتعمل في نظام جماعي لتحقيق المستوى المطلوب منها. ويشير باندورا (Bandura) إلى أن الأفراد يعيشون غير منعزلين اجتماعيا، وأن الكثير من المشكلات والصعوبات التي يواجهونها تتطلب الجهود الجماعية والمساندة لإحداث أي تغيير فعال، وإدراك الأشخاص لفاعليتهم الجماعية يؤثر فيما يُقبلون على عمله كجماعات، ومقدار الجهد الذي يبذلونه، وقوتهم التي تبقى لديهم إذا أخفقوا في الوصول إلى النتائج، وأن جذور فاعلية الجماعة تكمن في فاعلية أشخاص هذه الجماعة. ومثال ذلك: فريق المنافسة الفكرية إذا كان يؤمن في قدراته ومقدرته على التغلب على الفريق المنافس، فتتحوصل لديه فاعلية جماعية مرتفعة والعكس صحيح. (أبو هاشم، 1994، ص. 45).

3 ـ فاعلية الذات العامة (Generalized self–Efficacy):

ويعرفها باندورا (Bandura) (1986) بأنها قدرة الشخص على القيام بالسلوك الذي يحقق نتائج إيجابية ومقبولة في موقف محدد، والسيطرة على الضغوط الحياتية التي تؤثر على سلوك الأشخاص، وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية قيامه بالمهام والأنشطة التي أُسْندت إليه، والتنبؤ بالجهد والنشاط والمواظبة اللازمة لتحقيق العمل الموكول إليه. (Bandura, 1986, p. 479).

4 ـ فاعلية الذات الخاصة (Specific self–Efficacy):

ويقصد بها أحكام الأشخاص الخاصة المنوطة بمقدرتهم على القيام بمهمة محددة في نشاط معين مثل: الرياضيات(الأشكال الهندسية)، أو في اللغة العربية(الإعراب-التعبير). (أبو هاشم، 1994، ص. 58).

5 ـ فاعلية الذات الأكاديمية (Academic self–Efficacy):

تعرف فاعلية الذات الأكاديمية على أنها إدراك الشخص لقدرته على القيام بالمهام التعليمية بمستويات مرغوب فيها. أي أنها تعني قدرة الفرد الفعلية في موضوعات الدراسة المتنوعة داخل القسم، وهي تتأثر بعدد من المتغيرات منها

حجم أفراد القسم، وعمر الدارسين، ومستوى الاستعداد الأكاديمي للتحصيل الدراسي. (العزب، 2004، ص. 51).

سادسا ـ خصائص فاعلية الذات:

هناك خصائص عامة لفاعلية الذات وهي:

1 ـ مجموعة القرارات والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الشخص وإمكاناته ومشاعره.

2 ـ ثقة الشخص في أداء عمل ما بجدارة.

3 ـ توفر قدر من الاستطاعة سواء كانت فيزيولوجية أم عقلية أم نفسية، مع وجود دافعية في المواقف.

4 ـ توقعات الشخص لأداء العمل في الحاضر والمستقبل.

5 ـ الاعتقاد بأن الشخص يمكنه تنفيذ أحداث مطلوبة. أي أنها تشمل المهارات الممتلكة من طرف الشخص، وحكمه على ما يمكنه القيام به، مع ما يتوفر لديه من مهارات.

6 ـ ليست سمة ثابتة في السلوك الشخصي، أي أنها مجموعة من الأحكام لا تتصل بما يقوم به الفرد فقط، بل تشمل أيضا الحكم على ما يمكن تحقيقه، وأنها نتيجة للقدرة الشخصية.

7 ـ إنها تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومع الآخرين، كما أنها تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة.

8 ـ إنها ترتبط بالتوقع والتنبؤ وليس بالضرورة أن تعكس توقعات قدرة الشخص وإمكاناته الحقيقية، فمن الممكن أن تكون إمكاناته قليلة ولديه توقع بفاعلية ذات مرتفعة.

9 ـ تتحدد بعدة عوامل مثل: صعوبة الموقف، كمية الجهد، مدى مواظبة الشخص.

10 ـ هي إدراك وتوقع مترجم إلى بذل جهد وتحقيق نتائج منشودة.

وهذه الخصائص تخضع فاعلية الذات الإيجابية للتنمية والتطوير، وذلك بزيادة التعرض للخبرات التربوية الملائمة. (Cynthia & Bobko, 1994, p. 364).

سابعا ــ الخصائص العامة لمرتفعي فاعلية الذات:

يذكر باندورا (Bandura) (1997) أن هناك خصائص عامة يتصف بها ذوي فاعلية الذات المرتفعة، والذين لديهم إيمان قوي في قدراتهم وهي:

1 ــ يتميزون بمستوى مرتفع من الثقة بالنفس.

2 ــ يتحملون المسؤولية بجهد مرتفع.

3 ــ يملكون مهارات اجتماعية فائقة وقدرة عالية على التواصل مع الآخرين.

4 ــ يتصدون للعوائق التي تواجههم بمثابرة مرتفعة.

5 ــ يملكون طاقة عالية.

6 ــ عندهم مستوى طموح عال، فهم يسطرون أهدافا صعبة، ولا يفشلون في تحقيقها.

7 ــ ينسبون الفشل للجهد غير الكافي.

8 ــ يتفاءلون في الأمور كلها.

9 ــ يخططون للمستقبل بالقدرة فائقة.

10 ــ يتحملون الضغوط. (Bandura, 1997, p. 38).

ثامنا ــ الخصائص العامة لمنخفضي فاعلية الذات:

يذكر باندورا (Bandura) (1997) أن هناك سمات يتميز بها ذوي فاعلية الذات المنخفضة (الذين لا يثقون في قدراتهم) تتمثل في التالي:

1 ــ يتعاملون مع المهام الصعبة بخجل.

2 ــ يذعنون بسرعة.

3 ــ يملكون طموحات منخفضة.

4 ــ يفرغون جهدهم في نقائصهم، ويضخمون المهام المطلوبة.

5 ــ ينشغلون بالنتائج الفاشلة و التافهة.

6 ــ يصعب عليهم النهوض من النكبات.

7 ــ يعتريهم الضغط و الاكتئاب بكل سهولة. (Bandura, 1997, p. 38).

خلاصة:

يرى باندورا (Bandura) (1986) أن فاعلية الذات هي الآلية المعرفية الذي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية (Health Functioning)، وقد تعمل فاعلية الذات على تنظيم كل من نشاط الفرد النفسي ــ الاجتماعي، وعاداته الصحية بطرق عدة:

1 ــ من خلال تأثيرها على ما يختاره الشخص من نشاط في حياته اليومية.

2 ــ من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله لتحقيق هدف محدد في حياته المهنية أو الشخصية.

3 ــ من خلال تأثيرها على مدى مقارعة المنغصات والاحباطات المتكررة.

4 ــ من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي يعتري الشخص لدى اصطدامه بمطالب المحيط وتحدياته.

5 ــ من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراته للواقع.(يخلف، 2001، ص. 35).

كما يزخر حاليا التراث السيكولوجي بالبحوث والدراسات التجريبية الأمبريقية التي تبنت نظرية فاعلية الذات لباندورا (Bandura) كمنهج علمي دقيق في البحث عن الحلول العلاجية والوقائية المناسبة والفعالة، للتغلب على المشكلات الصحية المعاصرة، ويكاد يكون هناك شبه إجماع بأن هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة العلمية حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة.

كما أن له فائدة علمية واكلينكية كبيرة، حيث تعتبر مبادئ فعالية الذات عنصرا من العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية والعلاجية في مجال علم النفس الصحة (Health Psychology). (يخلف،2001، ص ص. 35-36).

وعلى ضوء ما سبق فيمكن حسب هذا النموذج أن يُتوقع ممارسة السلوك الصحي عندما تتوفر قناعة لدى الفرد أنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها، ويقتنع أن نتائج ذلك السلوك سيرجع عليه بفائدة كبيرة.

الفصل الرابع
الاضطرابات الوعائية القلبية

- مقدمة.

أولا: تركيبة القلب وعمله الطبيعي.

ثانيا: مفهوم الاضطرابات الوعائية القلبية.

ثالثا: العوامل المسبّبة للاضطرابات الوعائية القلبية.

رابعا: الظواهر الأساسية للاضطرابات الوعائية القلبية.

خامسا: أنواع الاضطرابات الوعائية القلبية.

سادسا: التكاليف الناجمة عن الاضطرابات الوعائية القلبية.

سابعا: كيفية الحد من عبء الاضطرابات الوعائية القلبية.

ثامنا: التدين والفاعلية الذاتية وعلاقتهما بالاضطرابات الوعائية القلبية.

الفصل الرابع: الاضطرابات الوعائية القلبية

تمهيد:

كما رُأيَ في الفصلين السابقين، أن متغيري ـــ التدين والكفاءة الذاتية ـــ أصبحا من المفاهيم أو المتغيرات الوسطية بين الفرد وسلوكه الصحي، وأن توقع نتائج سلوكه العام والصحي خاصة، يكون انطلاقا من مدى تدينه، أي أن صحة الفرد تتوقف بالدرجة الأولى على مدى التزامه بالدين الصحيح، لأن هذا الأخير وضع الأسس والقواعد الكفيلة للوقاية من الأمراض الجسمية، فاهتم بالنظافة الشخصية والبيئية، وجمع الطب كله في ربع آية، 7 8 M (* + , . . / 0 1 2 L **الأعراف**، وأرشد إلى حفظ الصحة ومداواة المرض، إذ العافية أمر مطلوب في الأدعية الشرعية والعبادات المفروضة، فقد يكون اعتلال الصحة والضعف الجسماني وانتشار الأوبئة بعض عوامل تدهور المجتمع البشري، ولكن أشد العوامل فتكا بكل المجتمعات هي الآفات الخلقية والعادات السيئة والمنحرفة والتقاليد الشاذة المدمرة لحياة مئات الألوف من الأصحاء والأقوياء هذا من جهة، ومن جهة أخرى وحسب نظرية فاعلية الذات لباندورا (Bandura) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح فاعلية أو كفاءة الذات متغير أساسي في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد.

وترى نظرية فعالية الذات أن أداء السلوك الصحي وممارسته الفعلية يتم وفق شـــرطـــين أساســـيـــين هما: تـــوقـــعات الفاعلية (Efficacy Expectancy)، وهي خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك، ويعني القدرة المدركة على أداء السلوك مثلا: هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب؟ "، وتوقعات النتيجة (Outcoma Expectancy)، وهي خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه، ويعني كذلك الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الإيجابية مثلا: "هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية؟ ". (يخلف، عثمان، 2001، ص. 103).

وبعبارة أخرى فإن فاعلية الذات هي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبة فيه تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية.

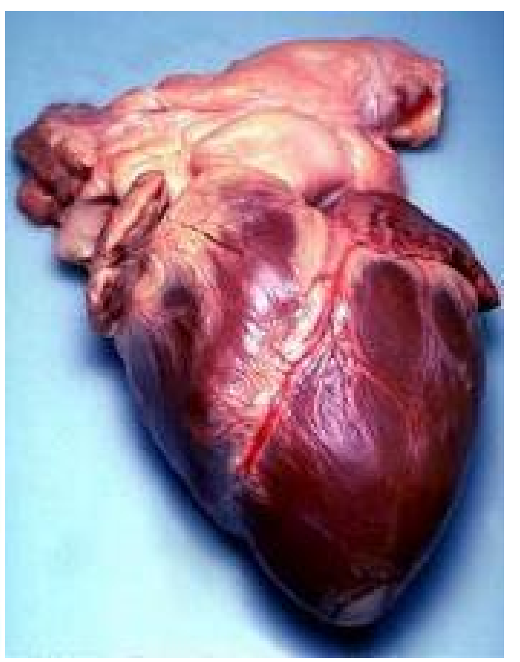
وكما نعلم أن الأمراض القلبية الوعائية تأتي في صدارة أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم، ذلك أنّ عدد الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض يفوق عدد الوفيات الناجمة عن أيّ من أسباب الوفيات الأخرى؛ قضى نحو 17.5 مليون نسمة نحبهم جرّاء الأمراض القلبية الوعائية في عام 2005، ممّا يمثّل 30% من مجموع الوفيات التي وقعت في العالم في العام نفسه. ومن أصل مجموع تلك الوفيات حدثت 7.6 مليون حالة وفاة بسبب الأمراض القلبية التاجية وحدثت 5.7 مليون حالة جرّاء السكتات الدماغية؛ تحدث أكثر من 80% من الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل وتصيب الرجال والنساء سواء بسواء؛ من المتوقع أن يقضي 20 مليون نسمة نحبهم، بحلول عام 2015، جرّاء الأمراض القلبية الوعائية، وجرّاء أمراض القلب والسكتة الدماغية على وجه التحديد. ومن المتوقّع أن تظلّ هذه الأمراض في صدارة أهمّ مسبّبات الوفيات. (منظمة الصحة العالمية، 2009).

وبما أن الاضطرابات القلبية الوعائية هي من متغيرات هذا البحث أو بالأحرى أن عينة البحث تمثله فئة مرضى الاضطرابات القلبية الوعائية، لذا أرْتئِيَ أولا التطرق إلى معرفة تركيبة القلب وعمله، وبعدها التعرف على مفهوم الاضطرابات القلبية الوعائية، والعوامل المسببة لها، كما تم ذكر الظواهر الأساسية والأعراض الشائعة لهذه الاضطرابات وأنواعها، وتم التنبيه إلى التكاليف الناجمة عنها وكيفية الحد من عبئها، وفي الأخير ختم هذا الفصل بتبيين علاقة التدين والفاعلية الذاتية المرتبطة بهذه الاضطرابات.

أولا ــ تركيبة القلب وعمله الطبيعي:

القلب المضخة الحية العجيبة في هذا العالم، ومحرك الدورة الدموية في الجسم، ورمز الحياة في الإنسان، ومنبع العواطف والشجاعة عند العرب القدامى. وهو عبارة عن عضلة تتولى ضخ الدم الذي يحمل الغذاء والأكسجين إلى جميع أجزاء الجسم . (أُنظر الشكلين رقم (5)، (6) شكلا القلب البشري).

فيظل في حركة دائمة، يحتفظ بالأكسجين ويتخلص من ثاني أكسيد الكربون، يغذي الخلايا، ويجرف فضلاتها.



الشكل رقم: (5) قلب إنسان عمره 64 سنة



الشكل رقم: (6) القلب البشري

(Seeley, S. , 2004, p. 673)

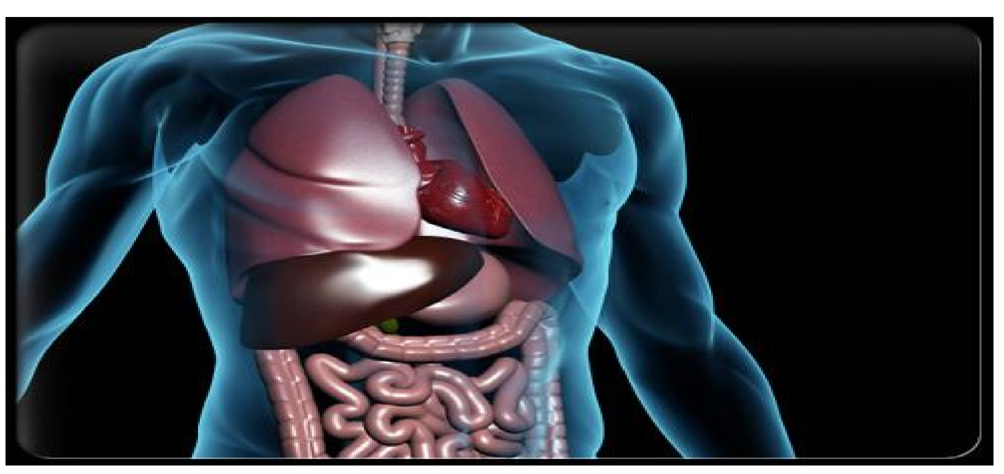
وينقبض القلب لكي يضخ الدم حوالي (70) مرة في الدقيقة، وفي كل مرة يدفع حوالي (4) لترات من الدم خلال شبكة معقدة من الأوعية الدموية، طولها مائة ألف كيلو متر. (أبو المجد، أيمن، 1999 ، ص ص. 9–10) .

والقلب ليس مضخة عادية يؤدي عمله على نحو آلي، ولكنه مضخة حساسة جداً تحس بالفرح والحزن، فتنفعل بهما، وينعكس ذلك على سرعة وانتظام دقاتها. لذلك عَدّ الأقدمون القلب مستقر الروح وحافظها، واعتقد الفراعنة أن خفة وزن القلب عند حسابه يوم البعث مقياس عمله الصالح في الحياة الدنيا. لكن الأطباء لا

يرون في القلب إلا ذاك العضو الغامض الذي تبقى كثيرٌ من أسراره غير معروفة لهم. ولا يبقى أمامهم شيء سوى التعامل معه في جانبه الحسي فقط، حيث يمكن تناوله تشريحيًّا، وتتبع خط سير الدورة الدموية من خلاله.

1ـ وصف القلب:

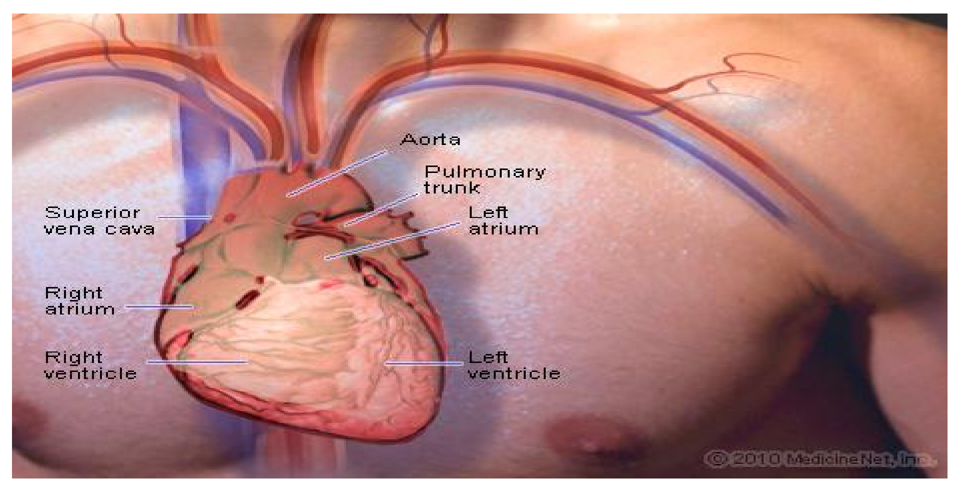
يأخذ القلب شكلا مخروطيا، وهو يقع بين الرئتين في منتصف الصدر خلف عظم القص، (انظر الشكل رقم: (7) مكان القلب).



الشكل رقم: (7) مكان القلب

والقلب مُغلَّف بغشاء رقيق يطلق عليه التامور الخارجي (Pericardium) يحيط بالقلب وببداية الأوردة والشرايين الخارجة والداخلة من القلب وإليه. وهو يحتوي كمية صغيرة من سائل مصلي شفاف لزج يسمح بحركة القلب داخل التامور دون احتكاك، وكذلك يعمل التامور على تثبيت القلب في موضعه داخل القفص الصدري. وعند إزالة غشاء التامور نشاهد غشاءً رقيقًا آخر يسمى التامور الداخلي (Epicardium) يكسو سطح القلب بطبقة ملساء لامعة. وهناك أربعة حجرات وأربعة صمامات وحيدة الاتجاه في القلب، تدعى الحجرتان العلويتان بالأذينين (Atria)، ويفصل بينهما جدار عضلي رقيق يسمى الحجاب الأذيني. وفيهما يتجمع الدم حتى يتسنى دفعه بعد ذلك إلى البطينين. والحجرتان السفليتان هما البطينين (Ventricles)، ويفصل بينهما جدار عضلي سميك هو الحجاب البطيني. ليساعدهما في وظيفتهما المتمثلة في إتمام عملية دفع الدم في الشرايين.

(انظر الشكل رقم: (8) حجرات القلب) . (بشار، محمد، 2005 ، ص. 12).



الشكل رقم: (8) حجرات القلب

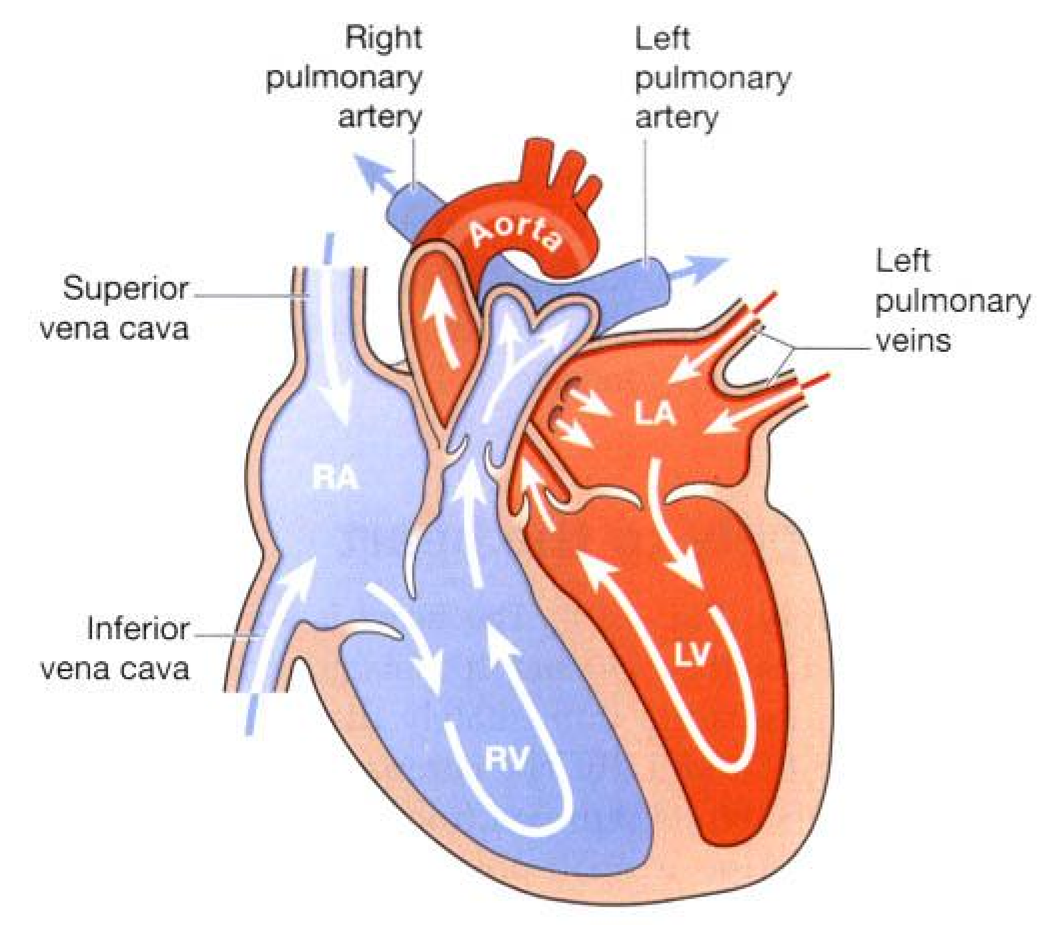
وتُبطِّن الصمامات وحجرات القلب من الداخل طبقة رقيقة لامعة تسمى الشغاف (Endocardium).

والقلب في حجم قبضة اليد، ويزن حوالي 320 غراما، ويُقْسِّمه الأطباء إلى جزأين: قلب أيمن يشمل الأذين والبطين الأيمنين، وقلب أيسر يشمل الأذين والبطين الأيسرين. ويفصل بين الجزأين حاجز عضلي يمنع تسرب الدم من جهة لأخرى.

ويسير الدم من القلب الأيمن محملا بغاز ثاني أكسيد الكربون إلى الرئة ثم يعود إلى القلب الأيسر محملا بالأكسجين، ثم يضخ إلى سائر أجزاء الجسم. ويمكن تلخيص خط سير هذه الرحلة فيما يلي:

أ ــ يأتي الدم المحمل بالفضلات وثاني أكسيد الكربون إلى الأذين الأيمن عن طريق وريدين؛ الوريد الأجوف العلوي (Superior Vena Cava) الذي يحمل الدم من المخ، والجزء العلوي من الجسم، ويفرغه في قمة الأذين الأيمن، والوريد الأجوف السفلي (Inferior Vena Cava) الذي يحمل الدم من بقية أجزاء الجسم ويفرغه في قاع الأذين الأيمن، ثم يقوم الأذين الأيمن بإفراغ الدم في البطين الأيمن (Right Ventricle) عبر الصمام ثلاثي الشرفات (Tricuspid Valve). ويقوم البطين الأيمن بدفع الدم خلال الشريان الرئوي (Pulmonary Artery) إلى الرئة ليتم التبادل الغازي، فيتخلص الدم من ثاني أكسيد الكربون ويستخلص الأكسجين.

ب ــ يعود الدم مشبعًا بالأكسجين (الدم المؤكسج) إلى الأذين الأيسر، عن طريق الأوردة الرئوية الأربعة (Pulmonary Veins)، التي تدفع الدم إلى البطين الأيسر عبر الصمام الميترالي (Mitral Valve)، وينقبض البطين الأيسر ليدفع الدم خلال الشريان الأورطي (Aorta) الذي يقوم بحمل الدم إلى جميع أجزاء الجسم. (انظر الشكل رقم: (9) اتجاه مجرى الدم خلال القلب).



الشكل رقم: (9) اتجاه مجرى الدم خلال القلب

(Ross and, Wilson, 2004, p. 85)

2 ــ وظيفة صمامات القلب وأنواعها:

تعمل صمامات القلب على دفع الدم في اتجاه واحد، حيث يمنع الصمامان الأذينيان ــ البطينيان(المتيرالي، ومثلث الشرف) رجوع الدم من البطينين إلى الأذينين أثناء مرحلة الانقباض، كما يمنع الصمامان الهلاليان (الأورطي، والرئوي) عودة الدم من الشريانين الأورطي والرئوي إلى البطينين أثناء مرحلة الانبساط، تغلق كل هذه الصمامات وتفتح بطريقة منفعلة (Passively)، أي أنها

تغلق عندما يدفع مدروج الضغط الرجوعي الدم إلى الوراء، وتفتح عندما يدفع مدروج الضغط التقدمي باتجاه الأمام. (Guyton, A. C. , & Hall, J. E. , 2006 , p. 109).

وتعتمد كفاءة ضخ القلب على عمل هذه الصمامات والعضلات الصغيرة المتحكمة فيها. وقد قسم الأطباء صمامات القلب إلى أربعة أقسام هي:

أ ــ الصمام الميترالي (التاجي) (Mitral Valve):

يقع بين البطين الأيسر والأذين الأيسر، وهو مكون من شرفتين، ويسمح بمرور الدم من الأذين إلى البطين.

ب ــ الصمام الأورطي (الأبهر) (Aortic Valve):

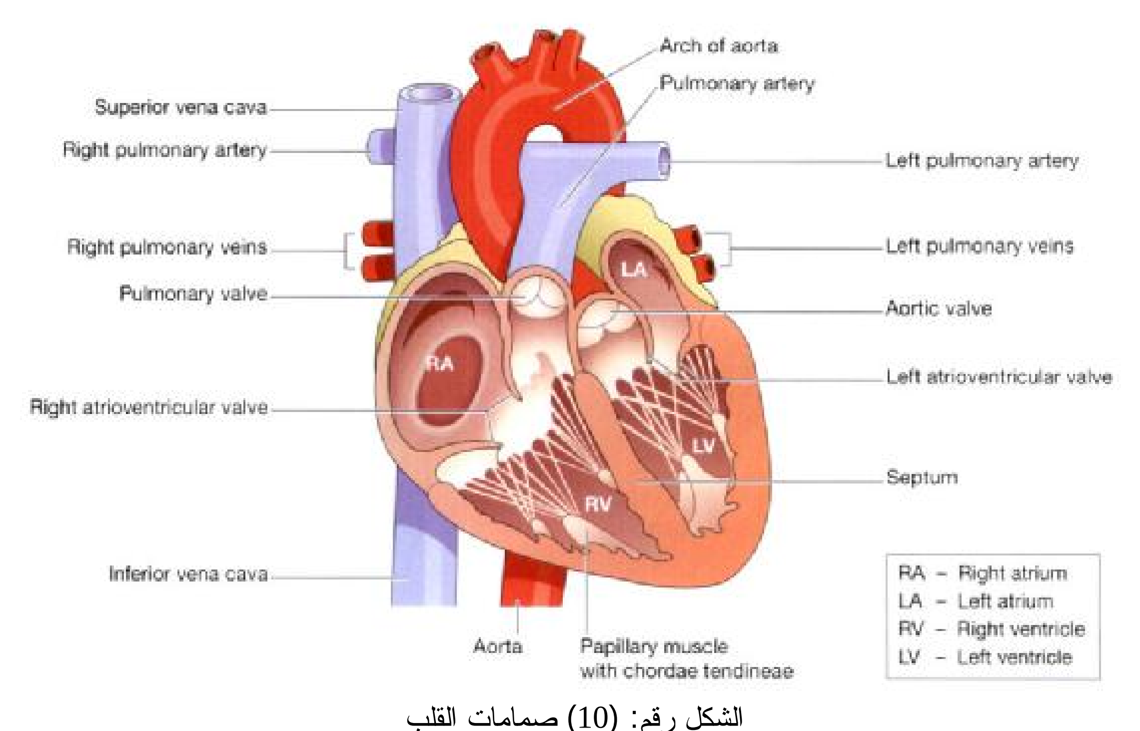
يقع بين البطين الأيسر والشريان الأورطي، وهو مكون من ثلاث شرفات، ويسمح بمرور الدم من البطين إلى الشريان الأورطي.

ج ــ الصمام ثلاثي الشرفات (Tricuspid valve):

يقع بين البطين الأيمن والأذين الأيمن، و يسمح بمرور الدم من الأذين إلى البطين.

د ــ الصمام الرئوي (Pulmonary Valve):

يقع بين البطين الأيمن والشريان الرئوي، وهو ثلاثي الشرفات، ويسمح بمرور الدم من البطين إلى الشريان الرئوي. (انظر الشكل رقم:(10) صمامات القلب). (أبو المجد،أيمن، 1999، ص ص.13ــ15).



الشكل رقم: (10) صمامات القلب

(Ross and Wilson:2004 , p. 85)

3 ــ الدورة القلبية (Cardiac Cycle):

الدورة القلبية هي المدة الممتدة بين بداية الضربة القلبية الواحدة، وبداية الضربة القلبية التالية، وتبدأ كل دورة بالتوليد التلقائي لجهد فعل في العقد الجيبية، ثم يسري جهد الفعل بسرعة خلال الأذينين، ومن ثم خلال حزمة (الأذينية ــ البطينية) إلى البطينين. ولهذا يعمل الأذينان كمضختين أوليتين للبطينين، ويعمل البطينان بعد ذلك كمنبع أساسي للقوة الواجبة لضخ الدم خلال جهاز الدوران. تتكون الدورة القلبية الواحدة من فترة ارتخاء تسمى الانبساط يمتلأ أثناءها القلب بالدم، تليها فترة تقلص تسمى الانقباض، يخرج خلالها الدم المحمل بالأكسجين من القلب ويتوزع على سائر أنحاء الجسم.(Guyton, A. C. , & Hall, J. E. , 2006 , p. 106).

وتتم الدورة القلبية ضمن فترتين تُجمل في التالي:

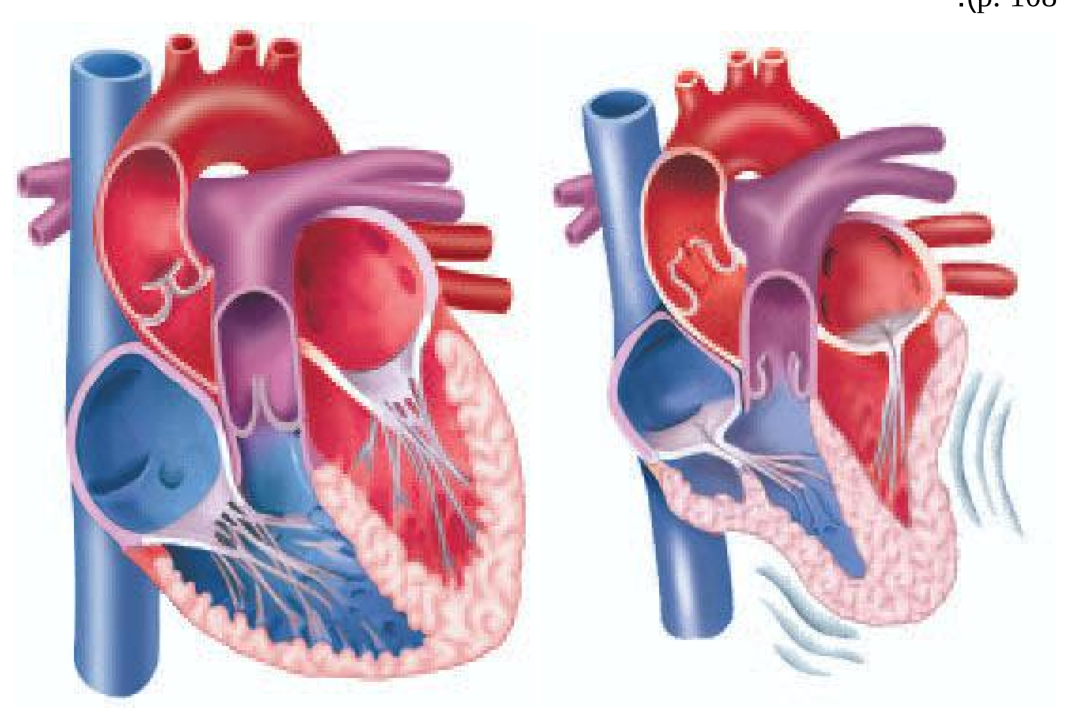
أ ــ الانقباض (Systole):

يرتفع الضغط في البطينين مباشرة بعد الانقباض البطيني مما يؤدي إلى انغلاق الصمامين الميترالي وثلاثي الشرفات، ثم انفتاح الصمامين الهلاليين الأورطي والرئوي. ويتم قذف 70 % من الحجم المقذوف الكلي خلال الثلث

الأول من فترة القذف (فترة القذف السريع)، بينما يتم قذف الباقي خلال الثلثين التاليين(فترة القذف البطيء)، وفي هذه المرحلة يتم ملء الأذينين وتعمل الصمامات المغلقة بمثابة قاع لها. (انظر الشكل رقم: (11) انقباض القلب). (بشار، محمد، 2005، ص. 19).

ب ـ الانبساط (Diastole):

يبدأ انبساط البطينين مباشرة بعد انتهاء الانقباض فيؤدي ذلك إلى انخفاض الضغط داخلهما بسرعة. وتدفع الضغوط المرتفعة للشرايين الكبيرة المتمددة الدم مباشرة نحو البطينين، مما يسد الصمامين الأورطي والرئوي بصورة مفاجئة. وينفتح الصمامين الميترالي وثلاثي الشرفات، فيندفع الدم الموجود في الأذينين إلى البطينين. وتنخفض خلال هذه الفترة الضغوط داخل البطينين بسرعة لتعود ثانية إلى مستوياتها الانبساطية الأصلية، ومن ثم تفتح الصمامات لتبدأ دورة جديدة من الضخ البطيني. (انظر الشكل رقم: (12) انبساط القلب). (Guyton, A. C., & Hall, J. E., 2006, p. 108).



الشكل رقم: (11) انقباض القلب　　　الشكل رقم: (12) انبساط القلب

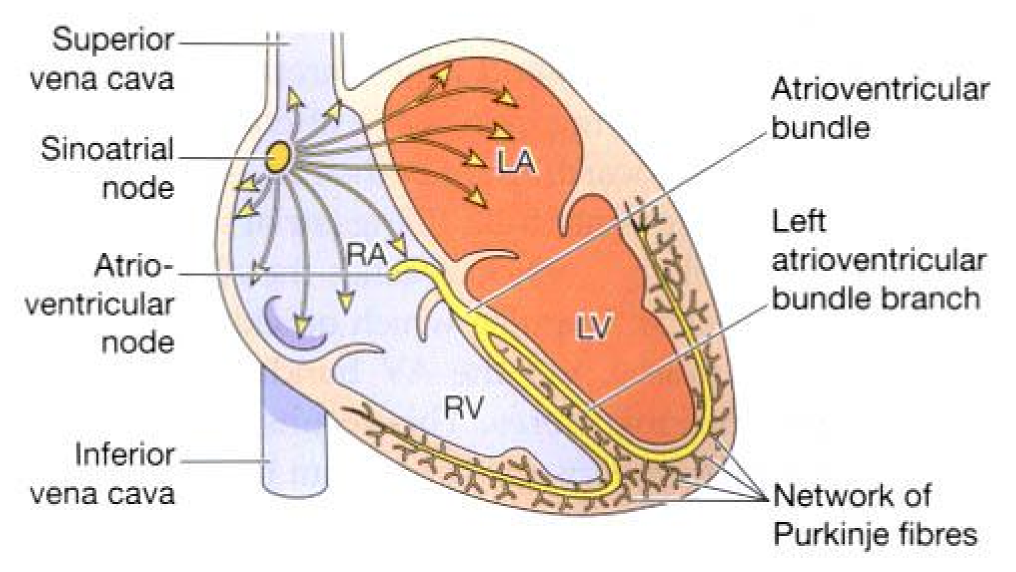
(Seeley, S. , 2004, p. 687)

4 ــ جهاز التنبيه الدوري للقلب:

لقد وهب الله سبحانه وتعالى القلب جهازا متخصصا يقوم بانتظام بتوليد التنبيه الكهربائي الذي يسبب التقلص الدوري لعضلة القلب، كما يقوم بنقل هذا التنبيه عبر القلب. وعندما يعمل هذا الجهاز على نحو سوي فإن الأذينين يتقلصان قبل البطينين بحوالي سدس ثانية، مما يسمح بامتلاء البطينين بشكل كامل قبل أن يقوما بضخ الدم نحو الرئتين والدوران الجهازي.

ويتألف هذا الجهاز من العقدة الجيبية (Sinus Node)(تنشأ فيها التنبيهات الدورية)، والممرات بين العقد (Internodal Pathways) (تنقل التنبيه من العقدة الجيبية إلى العقدة الأذينيةــالبطينية). والعقدة الأذينيةــالبطينية (Atrio-Ventricular Node) (فيها يتأخر التنبيه القادم من الأذنين قبل مروره إلى البطينين)، والحزمة الأذينيةــالبطينية (Atrio-Ventricular Bundle)(تنقل التنبيه إلى البطينين)، والحزمتان اليمنى واليسرى المكونة من ألياف بوركنجي (Left and Right Bundle Branches of Purkinje Fibers) (اللتان تنشران التنبيه القلبي في كافة أنحاء البطينين).(انظر الشكل رقم: (13) جهاز التنبيه و التوصيل القلبي).

عندما يمر التنبيه الكهربائي عبر القلب تتوزع تيارات كهربائية في النسج المحيطة به، ليصل جزء منها إلى سطح الجسم. ويمكن تسجيل الكمونات الكهربائية الناجمة عن هذا التيار بوضع مسار على الجلد، ويعرف مخطط هذا الكمون المسجل باسم مخطط القلب الكهربائي. (Guyton, A. C., & Hall, J. E., 2006, p. 116).



الشكل رقم: (13) جهاز التنبيه و التوصيل القلبي
(Ross, and Wilson, 2004, p. 87)

5 ــ قياس النشاط الكهربائي للقلب:

من المتفق عليه عند أطباء القلب أن السطح الخارجي لغشاء الخلية العضلية موجب الشحنة، والسطح الداخلي سالب الشحنة. وعند وصول الشحنة الكهربائية المصاحبة لانقباض القلب، تُعكس شحنة داخل الخلية من سالب إلى موجب، فينتج عن ذلك انقباض الخلية، وهذا التغير في الشحنات يمكن رصده عن طريق جهاز رسم القلب الكهربائي (Electrocardiogram, ECG).

وتعتمد هذه الأجهزة على رصد هذه التغيرات الكهربائية عن طريق صفائح معدنية رفيعة وصغيرة متصلة بأسلاك وجهاز لقياس الفولط تسمى أقطابًا كهربائية سطحية، توضع على صدر المريض وعددها 12 قطبًا، ويتكون مخطط الرسم الكهربائي للقلب الطبيعي من (3) موجات هي:

أ ــ الموجة الأولى (P wave):

تتسبب هذه الموجه بالجهد الكهربائي الذي يتولد عند إزالة استقطاب الأذينين قبل تقلصهما، وتمثل التغير الكهربائي الحادث عند انقباض الأذينين بواسطة النبضة الصادرة من العقدة الجيبية الأذينية. وعرض الموجة يمثل الوقت اللازم لمرور النبضة بين العقدتين ثم يعقب ذلك فترة سكون تعطي خطًّا مستقيمًا في الرسم.

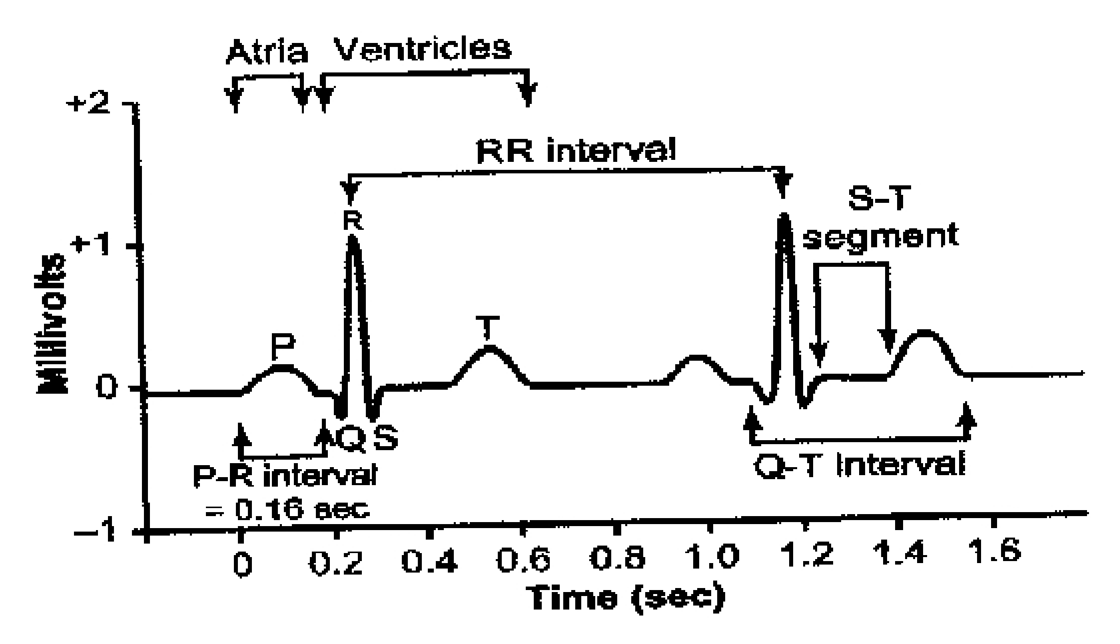
ب ــ الموجة الثانية معقد(QRS):

تتكون هذه الموجة عادة من ثلاث موجات منفصلة هي: موجة(Q)، وموجة(R)، وموجة(S)، وتسجل النشاط الكهربائي الحادث أثناء الانقباض البطيني. ولذلك فإن موجة (P)، ومعقد(QRS) هي موجات زوال الاستقطاب (Depolarization Waves).

ج ــ الموجة الثالثة (T wave):

تسمى موجة عودة الاستقطاب (Repolarization Wave)، حيث تسجل النشاط الكهربائي الحادث أثناء الانبساط البطيني، وتدوم هذه الحالة في العضلة البطينية (0.25-0.35) ثانية. (انظر الشكل رقم: (14)النشاط الكهربائي للقلب).(Guyton, A. C., & Hall, J. E., 2006, p. 123).

هذا ويستخدم رسم القلب الكهربائي وسيلة تشخيصية مفيدة لأطباء القلب، مع ملاحظة أنه يكتشف فقط الخلل الذي يطرأ على النشاط الكهربائي للقلب، ولذلك يساعد في تشخيص أمراض القلب التي تسبب خللاً في واحدة أو أكثر من موجات الرسم الكهربائي، كما أن الانقباض غير المنتظم لعضلة القلب (نتيجة عدم وصول الأكسجين إليها مثلاً) يظهر كذلك في الرسم الكهربائي.

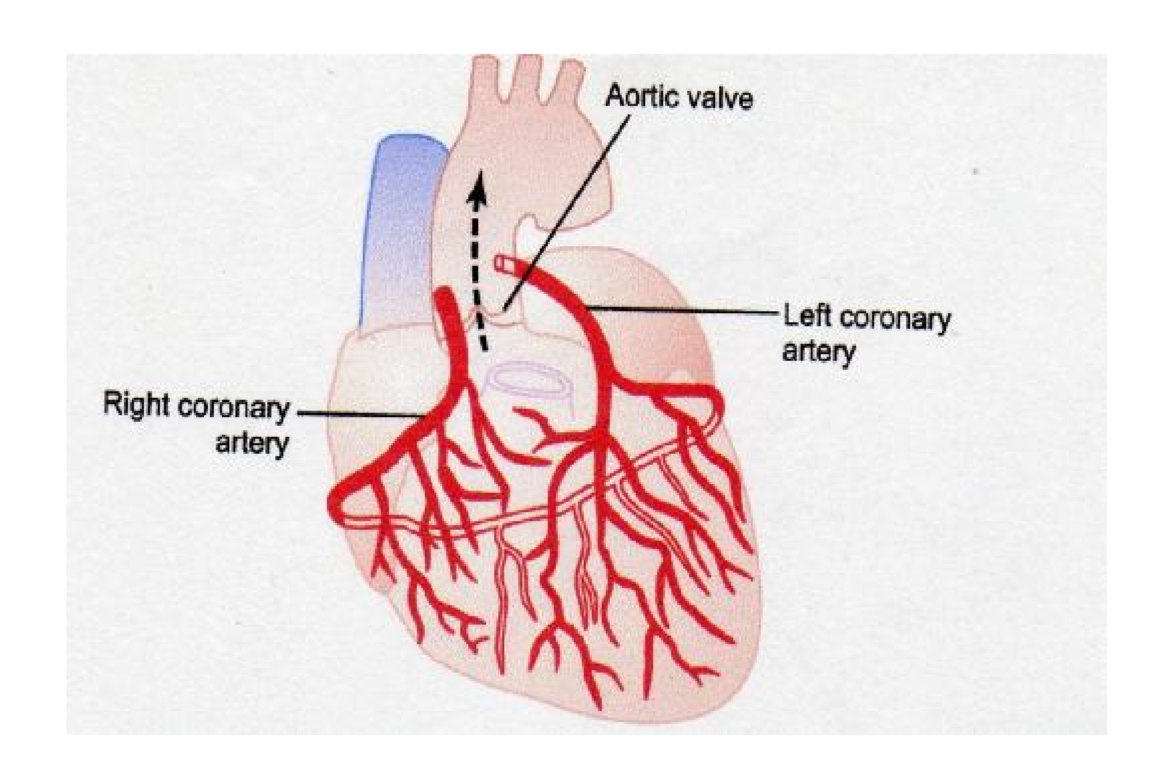


الشكل رقم: (14) النشاط الكهربائي للقلب

(Guyton, A. C., & Hall, J. E., 2006, p. 124)

6 ـ الدورة التاجية (تغذية القلب) (Coronary Circalstion):

هي تلك الدورة التي تزود عضلة القلب ذاتها بالدم لتؤمن الأوكسجين والعناصر الغذائية اللازمة لها لإنتاج الطاقة لتستطيع القيام بوظيفتها كمضخة للدم، يستلم القلب تجهيزه بالدم المغذي من خلال الشريان التاجي الأيسر، والشريان التاجي الأيمن، ويغذي الشريان التاجي الأيسر الجانب الأمامي والأيسر من القلب بالدم عن طريق فرعه الأمامي، والجزء الخلفي من القلب عن طريق فرعه الخلفي، أما الشريان التاجي الأيمن فيغذي الجانب الأيمن من القلب، وجداره الخلفي. ويجري معظم الدم الوريدي من البطين الأيسر عن طريق الجيب التاجي، ويجري معظم الدم الوريدي من البطين الأيمن خلال أوردة قلبية أمامية صغيرة إلى الأذين الأيمن مباشرة، وهي غير متصلة مباشرة بالجيب التاجي، كما تجري كمية من الدم التاجي عائدة للقلب خلال أوردة ثيبيزيان (Thebesian Veins) الصغيرة جدا والتي تصب في كل غرف القلب مباشرة. (انظر الشكل رقم: (15) تغذية القلب). (Guyton, A. C., & Hall, J. E., 2006, p. 249).



الشكل رقم: (15) تغذية القلب

(Guyton, A. C., & Hall, J. E., 2006, p. 249)

ثانيا ــ مفهوم الاضطرابات الوعائية القلبية (Cardio-vascular disease):

إن معظم البلدان الغربية تواجه ارتفاع وتزايد معدلات أمراض القلب والأوعية الدموية كل سنة، وأمراض القلب تقتل الكثير من الأمريكيين أكثر من السرطان. وهي تسبب وحدها نسبة 30 ٪ من جميع الوفيات، وأمراض القلب والأوعية الدموية تسبب العجز بالإضافة إلى الوفاة. واثنان من كل ثلاثة وفيات الناجمة عن أمراض القلب تحدث من دون أي تشخيص لأمراض القلب والأوعية الدموية، حتى عام 2005 كانت هذه الأمراض السبب رقم (1) للوفاة والإعاقة في الولايات المتحدة ومعظم البلدان الأوروبية. وإحدى الدراسات الهيستولوجية الكبيرة (PDAY) أظهرت أن إصابة الأوعية الدموية يتراكم من المراهقة، مما يجعل من الضروري بذل جهود الوقاية الأولية بداية من مرحلة الطفولة. (Rainwater DL, & all, 1999; 19: 753-761).(Mcgill, HC, & all, 2000; 20: 1998–2004). (Wang TJ, 2006).

وقد عرّف العلماء الاضطرابات القلبية الوعائية حسب التالي:

- هي مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر على نظام الدورة الدموية (القلب، الأوعية)، والتي غالبا ما ترتبط بالتصلب العصيدي، وتطورت تدريجيا تحت تأثير عوامل جينية وبيئية. (ANAES, 2004, p. 22). وقد تشمل الاضطرابات التاجية، وقصور القلب، والسكتة الدماغية، وأمراض القلب الوعائية، وهي داء معقد ومتعدد الأسباب وله أهمية بالغة في الصحة العامة (Poulter, 1999)، لأنه يعتبر مثل السرطان. كما أنه واحد من الأسباب الرئيسة للوفاة في الدول الصناعية، وانتشاره لا يزال ينمو في البلدان النامية.(Mehta , & *coll.*, 1998) .
- هي صنف من التشخيص العام، يشمل عدة أمراض منفصلة من القلب وجهاز الدوران. (Goldman, 1984, pp. 101 :825).
- اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تؤثر على القلب والأوعية القلبية، وليس محصورا في ارتفاع ضغط الدم بل يشمل النوبة القلبية، والمرض القلبي الروماتيزمي واضطرابات أخرى. (Howell, 1993).

• الأمراض القلبية الوعائية مجموعة من الاضطرابات التي تصيب القلب والأوعية الدموية. (منظمة الصحة العالمية، 2009).

ونخلص في الأخير إلى أن الاضطرابات القلبية الوعائية من الأمراض المزمنة الوبائية التي تسبب العجز والوفاة للكثير من الناس، والإصابة بها في الدول الغربية في صعود مستمر منذ بداية القرن العشرين، كما مر سابقا وهذه الصورة لا تختلف كثيرا في البلاد العربية بالرغم من عدم وجود إحصاءات دقيقة. ويصاب الإنسان بها نتيجة إصابة الأوردة الدموية بخلل يفقدها القيام بوظيفتها على أكمل وجه، وتشمل: أمراض القلب التاجية، والأمراض الدماغية الوعائية، والأمراض الشريانية المحيطية، وأمراض القلب الروماتيزمية، وأمراض القلب الخلقية، والخثار الوريدي العميق أو الانضمام الرئوي.

ثالثا ــ العوامل المسبّبة للاضطرابات الوعائية القلبية:

لقد باتت العوامل المسبّبة للأمراض القلبية الوعائية مبيّنة ومعروفة بشكل جيد. وأهمّ الأسباب المؤدية إلى حدوث أمراض القلب والسكتة الدماغية هي إتباع نظام غذائي غير صحي، وعدم ممارسة النشاط البدني وتعاطي التبغ. وتُسمّى تلك الأسباب عوامل الاختطار التي يمكن التأثير فيها. وقد تتجلى آثار النظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني لدى الأفراد في ارتفاع ضغط الدم ونسبة الغلوكوز والدهون في الدم، وزيادة الوزن بشكل مفرط والإصابة بالسمنة؛ وتلك العوامل تًسمّى "عوامل الاختطار الوسيطة".

وتؤدي أهمّ عوامل الاختطار التي يمكن التأثير فيها إلى حدوث نحو 80% من أمراض القلب التاجية والأمراض الدماغية الوعائية.

هناك أيضاً عدد من المحددات الكامنة للأمراض المزمنة، والتي يمكن تسميتها "أمّ الأسباب". وتلك العوامل هي انعكاس لأهمّ القوى المؤثّرة في التغيير الاجتماعي والاقتصادي والثقافي ــ العولمة والتوسّع العمراني وتشيّخ السكان ــ. ومن المحددات الأخرى للأمراض القلبية الوعائية الفقر والكرب.(منظمة الصحة العالمية، 2009).

رابعا ــ الظواهر الأساسية للاضطرابات الوعائية القلبية:

تقع أعراض الاضطراب القلبي ضمن مجال ضيق نسبيا، ولذلك يعتمد التشخيص التفريقي عادة على التحليل المتمهل للعوامل االمفاقمة للأعراض، والفوارق الدقيقة في الأعراض الموصوفة من قبل المريض، بالإضافة إلى الموجودات السريرية، والاستقصاءات المناسبة، وقد حصر الأطباء أهم هذه الأعراض في التالي:

1 ــ الألم الصدري (Chest pain):

وهو عرض شائع للاضطراب القلبي، يتوضع بشكل نوعي في مركز الصدر، وقد ينتشر نحو العنق والفك والأطراف العلوية وحتى السفلية أحيانا. ويكون هذا الألم أصما (Dull)، وقابضا (Constricting)، أو خانقا (Choking)، ويحدث أثناء الجهد ويزول بسرعة في أقل من خمسة دقائق بالراحة، وقد يحرض عاطفيا، ويترافق هذا الألم عادة مع اضطرابات ذاتية (Autonomic) مثل: التعرق والغثيان والإقياء. ويجب التفريق بينه وبين الألم الناتج عن القلق أو مرض في الرئتين أو الجهاز الهضمي، أو العضلي الهيكلي. (ديفيد سون، 2005، ص ص. 35–42).

2 ــ انقطاع النفس (الزلة التنفسية) ((Breathlessness (Dyspnoea):

قد تتراوح شدة الزلة القلبية المنشأ من إحساس غير مريح بالتنفس إلى إحساس مخيف بمشقة التقاط التنفس، وتظهر بثلاثة أشكال: وذمة الرئة الحادة (Actute Pulmonary Oedema) ــ يصف المريض إحساسه بالجهاد لأخذ النفس ــ، وقصور القلب المزمن (Chronic Heart Failure) ــ توصف بصعوبة في التقاط النفس أثناء صعود هضبة ــ، ومعادل الخناق (Angina equivalent) ــ تظهر إذا كان ضيق النفس المسيطر الوحيد للإفقار القلبي ــ. (المرجع السابق، ص ص. 42–44).

3 ــ الصدمة قلبية المنشأ (القصور الدوراني الحاد) (Cardiogenic Shock):

الصدمة مصطلح غير محدد بدقة يستخدم لوصف المتلازمة السريرية التي تتطور عند وجود اضطراب حرج في التروية النسجية، ناجم عن شكل ما من أشكال القصور الدوراني القلبي، وتكون على شكل: احتشاء العضلة القلبية (Myocardial Infarction)، أو الانصمام الرئوي الكتلي الحاد (Acute Massive Pulmonary Embolism)، أو السطام التاموري (Pericardial Tamponade) ــ ينجم عن تجمع السائل أو الدم ضمن الكيس التاموري ليضغط على القلب ــ، أو الداء القلبي الدسامي (Valvular Heart Disease) ــ ينجم عن القلس الأبهري المفاجئ، أو القلس التاجي الحاد، أو عن اضطراب حاد في وظيفة الدسامات الصنعية ــ. (المرجع السابق، ص ص. 44–50).

4 ــ قصور القلب (Heart Failure):

يحدث عندما يعجز القلب عن الحفاظ على نتاج كاف أو عندما يستطيع ذلك، ولكن على حساب ارتفاع ضغوط الامتلاء. وله عدة أنماط منها: قصور القلب الحاد أو المزمن (Acute and Chronic Heart Failure)، أو قصور القلب الأيمن والأيسر والقصور ثنائي البطين (Left, Right and Biventricular Heart Failure)، أو قصور القلب الإقبالي و قصور القلب الإدباري (Forward and Backward Heart Failure)، أو سوء الوظيفة الانقباضية وسوء الوظيفة الانبساطية (Diastolic and Systolic Dysfunction)، وقصور القلب عالي النتاج (High-output Failure). (المرجع السابق، ص ص. 51–64).

5 ــ ارتفاع التوتر الشرياني (Hypertension):

التوتر الشرياني المرتفع هو انحراف كمي أكثر مما هو انحراف نوعي عن الحالة الطبيعية، وهو سمة تقابل مرض نوعي، وبذلك فإن أي تعريف له يبقى اعتباطيا. والتعريف المفيد والعملي لارتفاع التوتر الشرياني الذي عنده تتوازن فوائد العلاج مع تكاليفه ومخاطره. ويرتفع مع تقدم العمر، ونسبة حدوث الاضطرابات القلبية الوعائية مرتبة بشكل وثيق بمتوسط التوتر الشرياني في كل الأعمار حتى ولو كانت قراءات الضغط ضمن ما يدعى بالمجال الطبيعي. وتشمل

التأثيرات العكسية الناجمة عن ارتفاعه بشكل أساسي الأوعية الدموية، والجملة العصبية المركزية، والشبكية، والقلب، والكليتين، والتي يمكن غالبا كشفها بوسائط سريرية بسيطة. (المرجع السابق، 2005، ص ص. 64–78).

6 ـ أصوات القلب غير الطبيعية والنفخات (Abnormal Heart Sounds and Murmurs):

قد يكون اكتشاف صوت قلبي غير طبيعي بالإصغاء المظهر السريري الأول للمرض القلبي، وتنجم الأصوات والنفخات المرضية عن الجريان الدموي المضطرب أو عن الامتلاء البطيني السريع التالي لحالات الحمل الشاذ (Abnormal Loading). (المرجع السابق، ص ص. 78–83).

7 ـ الغشي وما قبل الغشي (Presyncope and Syncope):

يمكن للعديد من الاضطرابات القلبية الوعائية أن تسبب انخفاضا مفاجئا في التروية الدماغية قد يتظاهر بنوبة متكررة أو معزولة من حالة ما قبل الغشي (خفة الرأس) والغشي (فقدان الوعي بشكل مفاجئ). وفي هذه الحالة يشعر المريض بخفة الرأس، وبالخفقان، وبألم في الصدر، وبضيق في التنفس، ويعتريه شحوبا شديدا يشبه الموت، ويصحو سريعا في أقل من دقيقة مع وهج. (المرجع السابق، ص ص. 83–87).

8 ـ الخفقان (Palpitation):

الخفقان عرض شائع جدا وقد يكون مخيفا للمريض أحيانا، يصف المريض هذا المظهر بطيف من الإحساسات المتنوعة تشمل الضربات القلبية السريعة أو القوية بشكل شاذ أو حتى أنه يستخدم لوصف الألم الصدري أو ضيق النفس. (المرجع السابق، ص ص. 87–89).

9 ـ الرجفان الأذيني (Atrial Fibrillation):

يعد الرجفان الأذيني أشيع اضطراب نظم قلبي غير عابر (ثابت) يحدث بنسبة 0.5 % بين البالغين في المملكة المتحدة، يصنف على أنه انتيابي (نوب متفرقة تزول عفويا)، أو مستمر (نوب متطاولة يمكن إنهاؤها بقلب النظم كيميائيا

أو كهربائيا) أو دائم. ويكون الرجفان الأذيني المظهر الأول للعديد من الاضطرابات القلبية لاسيما تلك التي تترافق مع ضخامة أو توسع الأذينات، وفي خلال نوبه نجد أن الأذينات تضرب بشكل سريع وغير منتظم وغير فعال بينما تستجيب البطنيات بفواصل غير منتظمة تؤدي لنبض مميز غير منتظم بشكل غير منتظم، يظهر تخطيط القلب الكهربائي مركبات (QRS) طبيعية ولكنها غير منتظمة، لا تظهر موجات (P) ولكن خط السواء قد يظهر موجات رجفانية غير منتظمة. (المرجع السابق، ص ص. 89–94).

10 ـ توقف القلب والموت القلبي المفاجئ (Cardiac Arrest and Sudden Cardiac Death):

نعني بتوقف القلب وفقد وظيفة القلب بشكل تام ومفاجئ، لا يوجد نبض والمريض قد فقد وعيه وتوقف تنفسه تقريبا بشكل فوري، يكون الموت محتوما فعليا ما لم يطبق العلاج الفعال بشكل فوري. في العادة ينجم عن تطور اضطراب نظم كارثي. أو تمزق القلب، أو التسلخ الأبهري. ويعد الداء الإكليلي أشيع سببا للموت المفاجئ الناجم عن اللانظميات. وأسباب توقف القلب الرجفان البطيني والتسرع البطيني غير المولد للنبض (Ventricular Fibrillation and Pulseless Ventricular Tachycardia)، أو اللانقباض البطيني (Ventricular Asystole)، أو الافتراق الكهربائي الميكانيكي (Electromechanical Dissociation). (المرجع السابق، ص ص. 94–100).

خامسا ـ أنواع الاضطرابات الوعائية القلبية:

إن أكثر الأمراض شيوعا هي تصلب الشرايين (Atherosclerosis)، وارتفاع فرط الضغط الدموي (Hypertension)، وهي تؤدي إلى أمراض القلب الإقفارية(Ischemic Heart Disease)،والقصور القلبي(Heart Failure). ولا زالت الأمراض الروماتيزمية المزمنة مألوفة إلى حد كبير خاصة في العالم الثالث، بينما يقل وقوعها نوعا ما في الدول المتقدمة، أما أمراض القلب الخلقية (Congenital Heart Disease) فهي نادرة إلى حد ما، وإن كان التعرف عليها

ذا أهمية، حيث أن نصف الحالات يمكن علاجها جراحيا. (روبنشتاين، ديفيد، واين، ديفيد، 2005، ص. 411).

و قد صنفت منظمة الصحة العالمية الاضطرابات القلبية الوعائية إلى التالي:

1 ـ أمراض القلب التاجية ـ الإكليلية ـ (Coronary Heart Disease):

تعد هذه الأمراض أشيع شكل من أشكال الاضطرابات القلبية، والسبب الوحيد الأهم للموت الباكر في أوروبا والبلطيق وروسيا وأمريكا الشمالية والجنوبية وأستراليا ونيوزيلندا. ويتوقع بحلول عام 2020 م أنها ستصبح السبب الرئيسي للموت في كل العالم. (ديفيد سون، 2005، ص. 138).

وهي مسؤولة عن ثلث وفيات الذكور وربع وفيات الإناث، وعن نصف حالات الوفاة المفاجئة. (كيث، داوكينز، إيان، سيبمسون، 2001، ص. 167).

وعادة ما يتم توقع هذه الأمراض من وجود تاريخ لألم قلبي (ذبحة المجهود) أو لاحتشاء قلبي. والأقل شيوعا أن يقدم بلا نظمية (Arrhythmia) أو بعيب في التوصيل. (روبنشتاين، ديفيد، و واين، ديفيد، 2005، ص. 411).

والعلماء يعزون ذلك إلى عدد من العوامل التي تزيد الحالة المرضية سوءا، نذكر منها التدخين وعدم النشاط البدني، وداء البول السكري والضغط المرتفع للدم، والسمنة والوراثة، والطريقة التي يتعامل فيها الجسم مع الدهون.(لجنة من الأطباء، 2002، ص. 124).

وتنجم أمراض الشرايين التاجية بشكل دائم تقريبا عن العصيدة واختلاطاتها، ولاسيما الخثار، محدثة تضيقا في الشرايين، ويسبب هذا التضيق التدريجي الإصابة بالسكتات الدماغية والنوبات القلبية. أحيانا تصاب الشرايين التاجية باضطرابات أخرى مثل: التهاب الأبهر، والتهاب الشرايين المتعدد، وبقية أمراض النسيج الضام. وإن عملية التضيق عملية بطيئة متدرجة تبدأ في السنوات الأولى من حياة الإنسان، وتصبح شديدة في منتصف عمر الإنسان. وقد يظل العديد من المصابين بالتضيق الشرياني غير مدركين وجود أي اعتلال في جسمهم إلى أن يقوم أحد الشرايين المتضيقة بمنع تدفق الدم تماما، الأمر الذي يؤدي إلى إلحاق

الضرر غير الممكن للعلاج بقسم من عضلة القلب، الذي كان يتغذى بالدم من طرف هذا الشريان المسدود.

لقد أنفق العلماء والهيئات الطبية الكثير من الأموال في عمليات البحث عن السبب الأساسي لحدوث تضيق الشرايين، ومع أن النظريات العلمية في هذا التحمل لا حصر لها، فقد ظلت المشكلة غامضة إلى حد بعيد، وتؤكد إحدى النظريات أن المواد الدهنية كالكوليستيرول، تسبب حدوث التضيق إذا زادت عن الكمية المسموح بها في الدم، ويعتقد علماء آخرون أن ارتفاع معدل الكوليستيرول في الدم يرتبط بزيادة التسربات الدهنية على جدران الشرايين، الأمر الذي يسبب تضيقها. وتصر بعض الهيآت الطبية أن تناول أطعمة غنية بدهن الكوليستيرول كالبيض، أو أطعمة غنية بالأحماض الدهنية المشبعة كالزبدة، ترفع مستوى الكوليستيرول في الدم وتزيد بذلك احتمال زيادة تضيق الشرايين.

وهناك أيضا سبب أساسي اقترحه البعض ويتمثل بالضرر الذي يصيب جدار الشريان، بسبب عيب بدائي في الشريان بالذات، مع أن سبب إصابة الشريان بهذا العيب غير معروف إلى حد الآن. ويؤكد هؤلاء انطلاقا من هذه النظرية أن الضرر يؤكسد لويحات دموية في مجرى الدم تساعد في تخثر الدم، وبذلك تتكون ترسبات في الدم المتخثر تؤدي بالتدريج إلى سماكة جدار الشريان، وتضيقه. وبالرغم أن بعض الإثبات لهذه النظرية قد أمكن تأكيده بصورة غير مباشرة، فإن هذه النظرية يمكن أن تكون أساسا للمعالجة التي تمنع ترسب اللويحات الدموية.
(المرجع السابق، 2002، ص. 129).

ولا تظهر غالبا أية أعراض تحذيرية ولذلك يفاجأ الشخص بإصابته بها على حين غرة. وهذا ما يخلق لطب القلب الحديث أحد أعظم المشاكل التي تواجهه. إذ لا يتمكن الطبيب المعالج من تحديد وجود السبب الكامن للمرض أو يكتشف تضيق الشرايين الذي يسبب حدوث انسداد الشريان التاجي، قبل أن تحصل بالفعل النوبة المرضية، وبالأخص إذا لم تظهر على المريض أية أعراض تشير إلى احتمال تضيق الشرايين في قلبه. غير أن المريض يشعر بألم في صدره يتوزع على جانبي الصدر، كما قد ينتشر إلى الكتفين أو الذراعين وإلى العنق أو الفكين.

والأخطر من ذلك هو أن التصوير الشعاعي الروتيني قد لا يظهر أية شوائب، كما قد لا يبين التخطيط الكهربائي للقلب أية عيوب في القلب أو في شرايين القلب. وتتمثل المشكلة الرئيسية والأساسية أن إمداد الدم عبر الشريانين التاجيين يظل اعتياديا حتى في حالة تضيق هذين الشريانين، ولا تظهر على المصاب عوارض إلا بعد أن تتسد بنسبة 70 % ، وعندئذ فقط يتباطأ تدفق الدم عبر الشرايين، وتحرم عضلة القلب من الأوكسجين، فيظهر هذا الواقع في شريط التخطيط الكهربائي للقلب. (المرجع السابق، 2002، ص. 124).

ولا شك أن أفضل وسيلة لمراقبة عمل القلب هي مخطط القلب الكهربائي الذي يحدد عما إذا كان القلب يعمل بصورة طبيعية بعد أن يقوم المريض بممارسة تمارين بدنية شاقة معينة كقيادة دراجة ثابتة أو تدوير طاحونة الدوس. من الممكن أيضا إجراء فحوصات أكثر دقة خلال ممارسة المريض للتمارين البدنية، وأفضلها على الإطلاق استعمال النظائر المشعة بحقنها في دم المريض خلال ممارسة المريض للتمارين البدنية. تصل هذه النظائر إلى قلب الشخص ويمكن عندئذ تصوير عمل القلب بواسطة آلة تصوير بالأشعة الجيمية تلتقط الإرسال الصادر من النظائر المشعة. من المؤسف أن تكون هذه الوسيلة الأخيرة مكلفة وباهظة النفقات لذلك لا يستطيع كل شخص اللجوء إليها.

لا توجد لحد الآن طريقة للتخلص من التعصد الذي تكون في الشرايين التاجية ولكن بإمكان الشخص اتخاذ خطوات لمنع تراكم التعصد أو لإبطاء تراكمه. فإذا كنت تدخن فامتنع عن التدخين، وإذا كنت بدينا اتبع حمية خاصة لتخفيف وزنك، وخفف مقدار ما تتناوله من الملح بالأخص إذا كنت مصابا بارتفاع ضغط الدم، ومارس تمارين بدنية غير مجهدة بانتظام.

وقد قسم الأطباء المظاهر السريرية و الإمراضات لهذه النوع كالتالي:

أ ـــ الخناق المستقر (Stable Angina):

الخناق الصدري إقفار نتيجة تضيق عصيدي ثابت في أحد أو أكثر من الشرايين التاجية، وهو عبارة عن معقد من الأعراض ينجم عن إقفار عابر أصاب

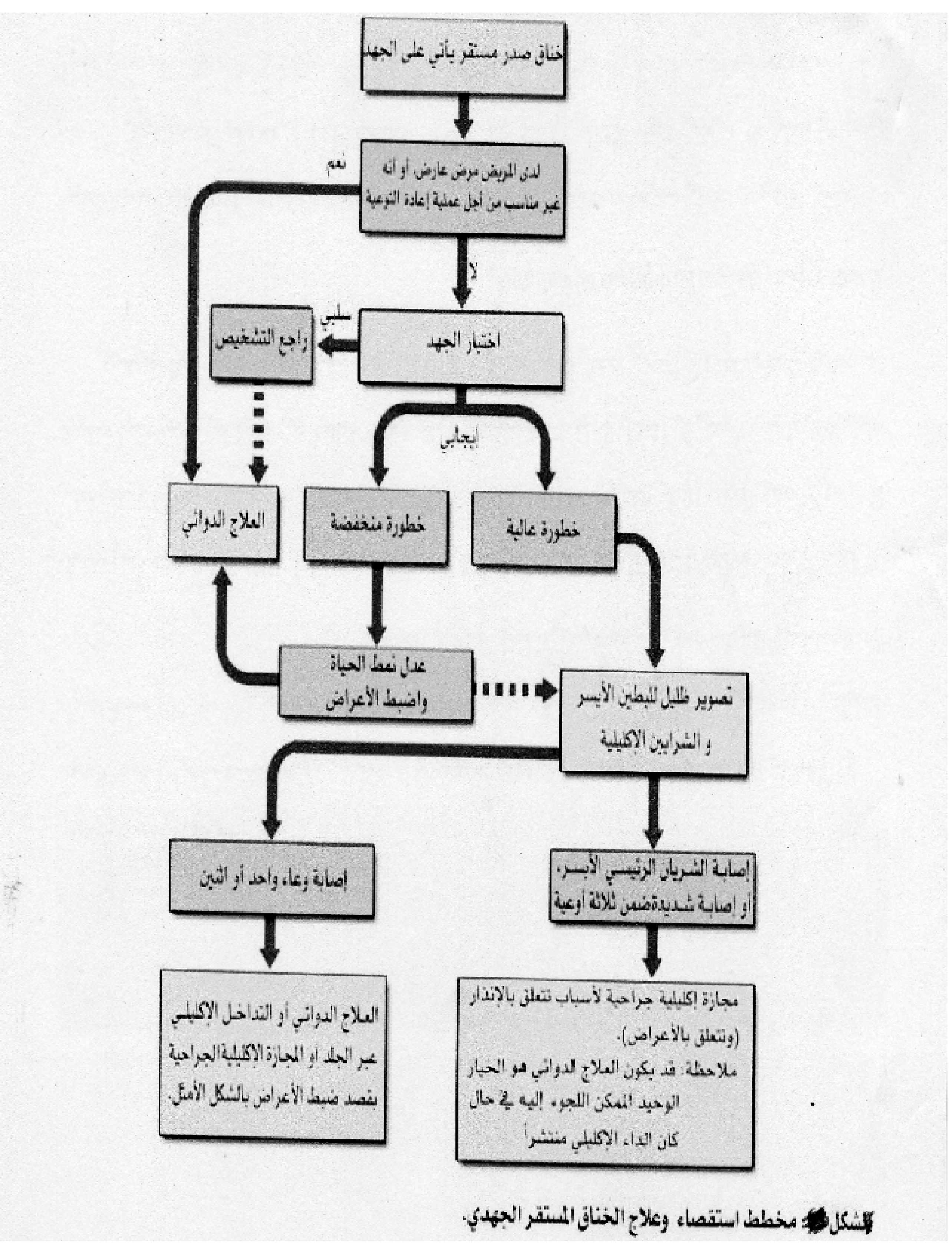
العضلة القلبية، وهو يشكل متلازمة سريرية أكثر من مرض، قد يحدث في أي حالة يوجد فيها عدم توازن بين حاجة القلب من الأكسجين وبين الوارد إليه منه، تعد العصيدة الإكليلية السبب الأشيع للخناق، وعلى كل حال قد تكون الأعراض ناجمة أيضا عن أشكال أخرى من الأمراض القلبية خصوصا أمراض الدسام الأبهري، واعتلال العضلة القلبية الضخامي. وتعد القصة السريرية (Clinical Features) أهم عامل لوضع التشخيص. ويتظاهر هذا الخناق بألم صدري مركزي أو بانزعاج أو بضيق النفس، وتتحرض هذه المظاهر بالجهد أو ببقية أشكال الشدة، وتزول بالراحة فورا. (ديفيد سون، 2005، ص ص. 139-140).

لا يعرف هذا الخناق بالفحص السريري، ويعرف باستخدام اختبار الجهد بواسطة تخطيط القلب الكهربائي (ECG)، وبتصوير الشرايين التاجية، وإنما يستدل على وجوده بعلامات الأمراض الدسامية (الدسام الأبهري)، وعوامل الخطورة الهامة (البوال السكري، وارتفاع الضغط الشرياني)، وسوء وظيفة البطين (الضخامة القلبية، أو نظم الخبب)، وبقية مظاهر الأمراض الشريانية (الأمراض الوعائية المحيطية)، والحالات الأخرى التي لا صلة لها به ولكنها قد تفاقمه (فقر الدم، والانسجام الدرقي). ويستخدم لعلاجه العلاج الدوائي، والعلاج الجراحي بواسطة التداخل الإكليلي عبر الجلد[1] (Percutaneous Coronary Intervention)، أو المجازة الإكليلية[2] (Coronary Artery Bypass Grafting).(المرجع السابق، ص ص.140ــ152). (انظر الشكل رقم: (16) مخطط استقصاء و علاج الخناق المستقر الجهدي).

---

[1] -يتم بإمرار سلك دليل رفيع عبر التضيق الإكليلي تحت المراقبة الشعاعية لوضع بالون ينفخ لاحقا لتوسيع التضيق . (ديفيدسون : 2005 ، ص 147) .

[2] ــ وضع طعوم للأوردة و الشرايين باستخدام الشرايين الثديية الباطنية أو شدف مقلوب من الوريد الصافن الخاص بالمريض جراحيا .

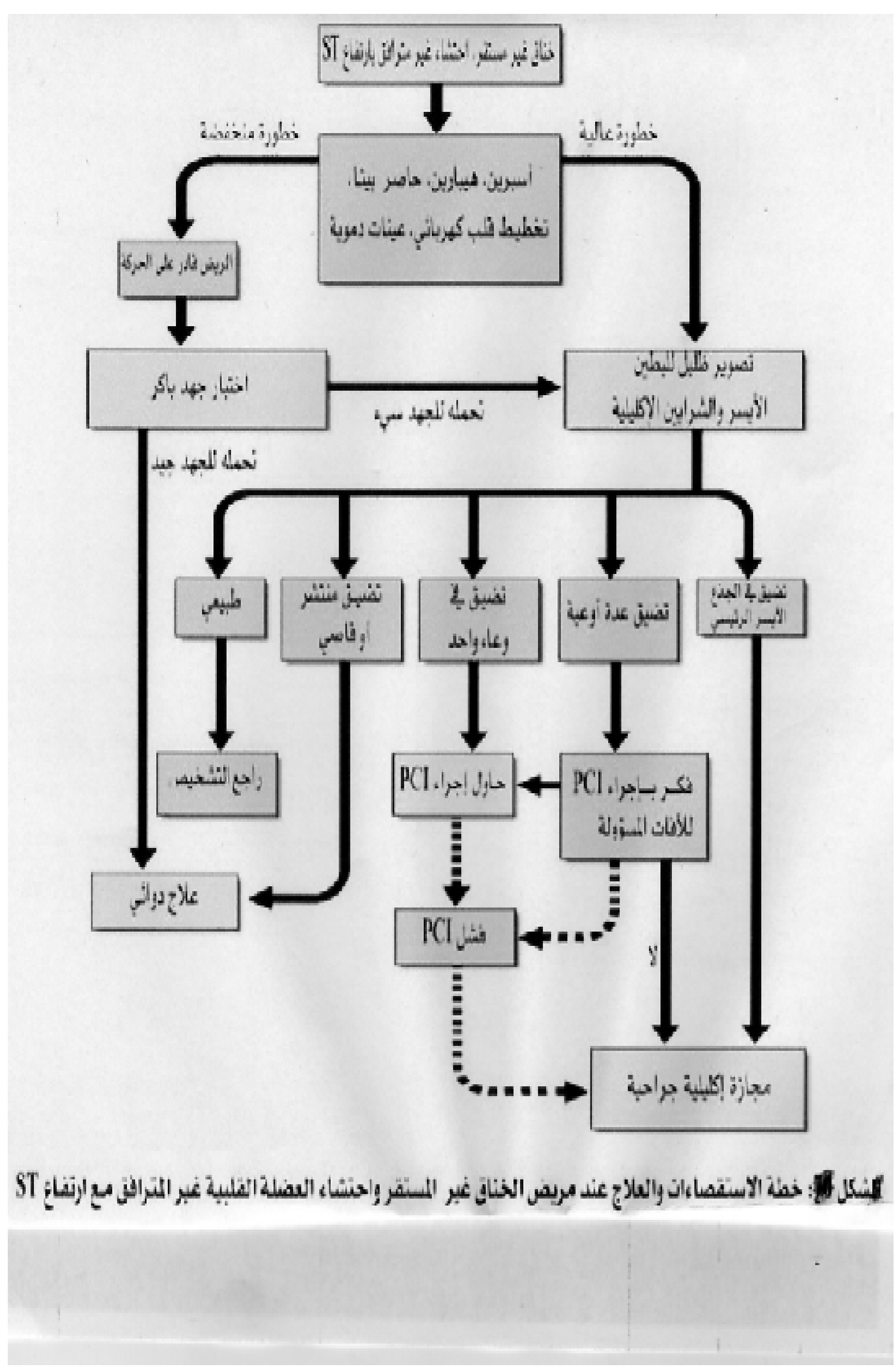


الشكل رقم: (16) مخطط استقصاء و علاج الخناق المستقر الجهدي

(ديفيد سون، 2005، ص. 144)

ب ـ الخناق غير المستقر (Unstable Angina):

هو متلازمة سريرية تتظاهر بخناق يسوء بسرعة (الخناق المتصاعد)، أو بخناق يحدث خلال الراحة والجهد الخفيف، هذه الحالة تتشارك مع احتشاء العضلة القلبية الحاد بنفس آليات الفيزيولوجيا المرضية. وعادة يستخدم تعبير (المتلازمة الإكليلية الحادة) لوصف كلا الحالتين. وهي تشمل طيفا من الأمراض التي تتظاهر بالإقفار دون وجود أذية العضلة القلبية، والإقفار المترافق مع أذية طفيفة في العضلة القلبية، واحتشاء العضلة القلبية الشامل للجدار جزئيا.(احتساء دون الموجة Q)، والاحتشاء الشامل لكامل الجدار (احتشاء بموج Q). وتتألف الآفة المسؤولة عادة من مزيج من الصفيحة العصيدية المتقرحة أو المتشققة مع خثرة ملتصقة بها غنية بالصفيحات مع وجود تشنج أكليلي. ويتعرف عليه عن طريق إجراء تخطيط قلب كهربائي باثني عشر اتجاها من أجل الفرز الأولي لشدته، وبقياس اختبار الجهد السالف الذكر. ويستخدم لعلاجه نفس طريقة علاج الخناق المستقر. (ديفيد سون، 2005، ص ص. 152–156). (انظر الشكل رقم: (17) خطة الاستقصاءات و العلاج عند مريض الخناق غير المستقر و احتشاء العضلة القلبية غير المترافق مع ارتفاع ST).



الشكل رقم: (17) خطة الاستقصاءات و العلاج عند مريض الخناق غير المستقر و احتشاء العضلة القلبية

(ديفيد سون، 2005، ص. 156)

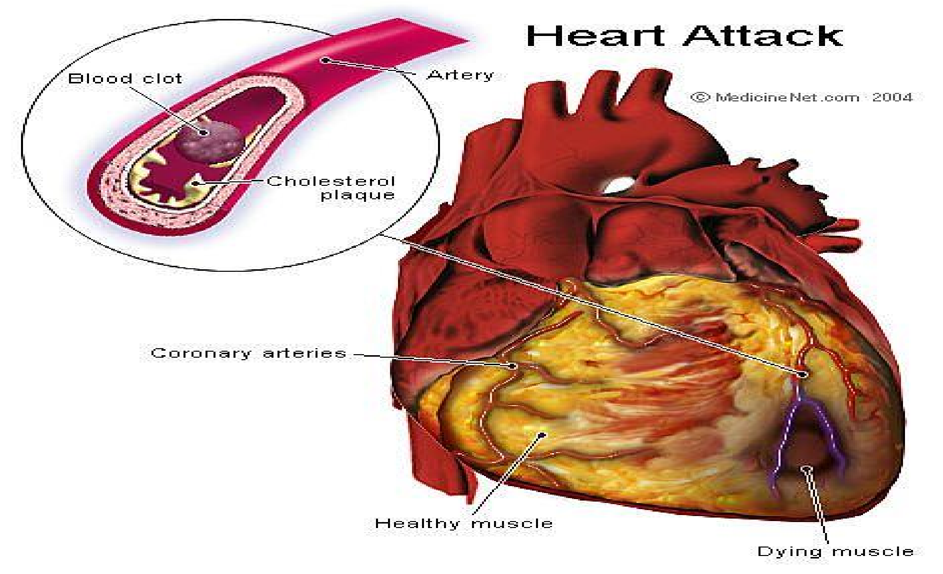
ج ـ الجلطة التاجية (Coronary Thrombosis):

ينتشر هذا المرض بوجه خاص بين الرجال الذين يؤدون أعمالا لا تسمح لهم بوقت كاف للراحة والاسترخاء، أو أولئك الذين لا يقومون بتمارين بدنية ويدخنون بشراهة، ويتناولون المشروبات الكحولية بإفراط.

وتحدث هذه الحالة المرضية نتيجة تصلب الجدران الداخلية للشرايين التاجية، حيث تنفلت الطبقات القشرية الصغيرة التي تتكون على هذه الجدران الداخلية للشرايين التاجية، فتتكون في محلها قرحة صغيرة يحدث فوقها جلطة دموية صغيرة تملأ داخل الشريان التاجي، فتسبب انقطاع وصول الدم الذي يغذي ذاك الجزء من عضلة القلب، محدثا بذلك أعراضا قلبية تختلف في شدتها وخطورتها تبعا لنوع الشريان المصاب. وتتمثل أعراض هذه الحالة المرضية بآلام صدرية وجعة حادة يصحبها ارتفاع في ضغط الدم، وإذا حدثت هذه الحالة المرضية في فرع مهم من فروع الشريان التاجي فقد تسبب موت المصاب. وإن أكثر المواقع تأثرا هو الجدار الأمامي للبطين الأيسر، والجدار الخلفي للبطين نفسه بالقرب من قاعدة القلب. ومع مرور الوقت ينشأ التهاب بسيط حول المنطقة الميتة من عضلة القلب. يؤدي إلى التخلص من الألوان العضلية الميتة ويحل محلها نسيج ليفي جديد فيكون هذا النسيج نوبة لا تزول. (لجنة من الأطباء، 2002، ص. 137).

د ـ احتشاء العضلة القلبية (Myocardial Infarction):

هو الانسداد التام المفاجئ لشريان تاجي رئيسي بخثرة، وهذا الذي يسبب احتشاء المنطقة التي يغذيها هذا الشريان إلا إذا كانت التروية الرادفة كافية. يعتبر انسداد الشريان التاجي الأيسر الأمامي النازل الذي يسبب الاحتشاء الأمامي أكثرها حدوثا وأكثرها خطورة. نادرا ما يكون الاحتشاء ثانويا لانصمام أو لرض (Contusion) نتيجة رضح (Trauma). (انظر الشكل رقم: (18) احتشاء عضلة القلب). (كيث، داوكينز، إيان، سيبمسون، 2001، ص. 178).



الشكل رقم: (18) احتشاء عضلة القلب

وإن الألم هو العرض الرئيسي للاحتشاء، كما يعد الغثيان، والتعرق، والقياء، وضيق النفس، والغشي من المظاهر الشائعة لهذا المرض. ويعتبر تخطيط القلب الكهربائي طريقة مفيدة لتأكيد التشخيص مع الفحص السريري وصورة الصدر الشعاعية، وتصوير القلب بالصدى، وكشف التراكيز البلازمية للانزيمات والبروتينات باستخدام الواسمات الكيماوية الحيوية في البلازما (Plasma Biochemical Markers).

ويتم العلاج بتأمين العناية الطبية الفورية، والراحة في السرير مع المناظرة، وتوفر جهاز تحويل النظم الكهربائي في وحدة العناية المركزة لمدة تتراوح بين (1–3) أيام، مع التسكين (Analgesia)، وإعطاء الاسبيرين الفموي للمريض.

ويتسبب هذا النوع في عدة اختلاطات نجملها في التالي:

ـ اللانظميات (Arrhythmias).

ـ نقص التروية (Ischaemia).

ـ القصور الدوراني الحاد (Acute Circulatory Failure).

ـ التهاب التامور (Pericarditis).

ـ الاختلاطات الميكانيكية (Mechanical Complications).

ـ الانصمام (Embolism).

ـ ضعف الوظيفة البطينية وعود التشكل البطيني وأمهات الدم البطينية Impaired Ventricular Functin Remodelling and Ventricular) Aneurysm). (ديفيد سون،2005، ص ص. 168-171).

هـ ـ السكتة القلبية (Cardiac Arrest):

يتوقف إمداد الدماغ بالدم عندما يتوقف القلب عن النبضان فيصاب الشخص بحالة فقدان الوعي خلال بضع ثواني ويكون عادة بسبب حدوث السكتة القلبية إصابة الشخص بمرض في أحد الشريانين التاجيين أو يكون السبب الاختلاج البطيني الذي يحدث عندما تتقلص الألياف العضلية للبطينين بدون تنسيق وانتظام. لا شك أن المصاب يموت خلال دقائق معدودة إذا لم تقدم إليه العلاجات الفورية ونذكر منها تدليك القلب إلى أن يتم نقل المصاب إلى أقرب مستشفى.

و ـ الذبحة الصدرية (Angina Pectoris):

ألم في الصدر سببه توقف الشرايين التاجية عن تزويد عضلة القلب بالكافي من الأكسجين. وتحدث بعد تضيق التجويف التدريجي لوعاء أو أكثر، أو لحدوث انسداد حاد مع وجود دوران رادف جيد يمنع حدوث الاحتشاء. كما يحدث أيضا في تضيق الأورطي، واعتلال العضلة القلبية الضخامي، وأحيانا في اعتلال العضلة القلبية التوسعي. وفي بعض الحالات النادرة والمحيرة في بعض النساء دون وجود دلائل على المرض القلبي عدا بعض تغيرات موجة (T) المحتملة في مخطط كهربائية القلب، وتتفاقم الشكوى بوجود فقر الدم. (كيث، داوكينز، إيان، سييمسون، 2001، ص. 169).

ويعتمد التشخيص على تاريخ المريض الطبي. والذبحة مآلها مختلف غير محدد إذا كانت الذبحة حديثة أو متصاعدة، فيكون المآل جيدا عندما تكون الحالة بسيطة ومزمنة (90 % يعيشون 8 سنوات)، وسيئا إذا كانت وخيمة (50 % يعيشون 5 سنوات). (كيث، داوكينز، إيان، سييمسون، 2001، ص. 174).

ويشتمل العلاج على تخفيض الأعباء الملقاة على عاتق القلب، وذلك بإنقاص الوزن، وتخفيف ارتفاع ضغط الدم، وتجنب التدخين، وإدخال تعديلات على الطعام

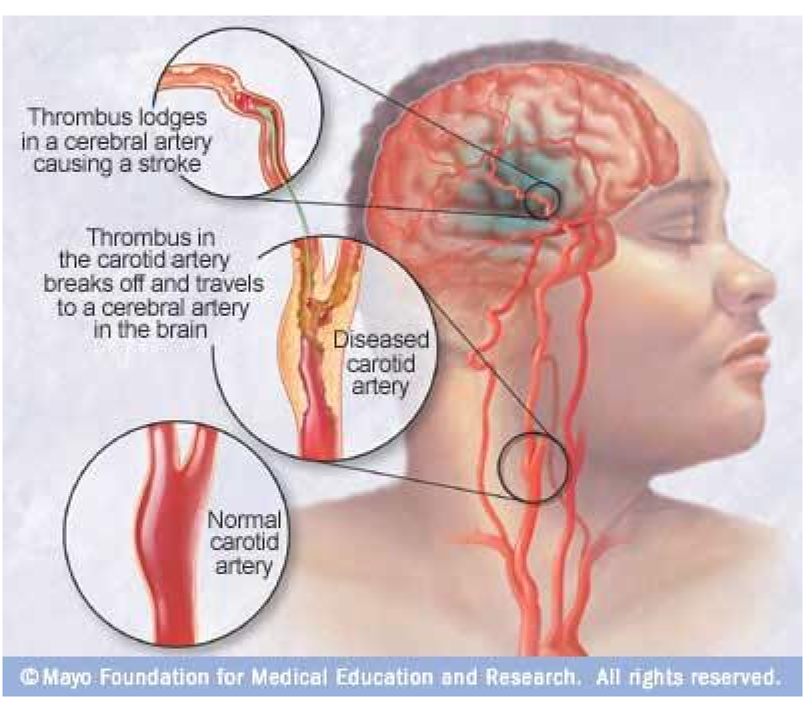
إنقاصا لمستوى الشحم في الدم، مع إعطاء المريض العقاقير الموسعة للشرايين التاجية والمنقصة للجهد القلبي. (بيدس، إميل، 1998، ص. 173).

2 ـ الأمراض الدماغية الوعائية (Cerebrovascular Disease):

من أشهر الأمراض الدماغية الوعائية التالي:

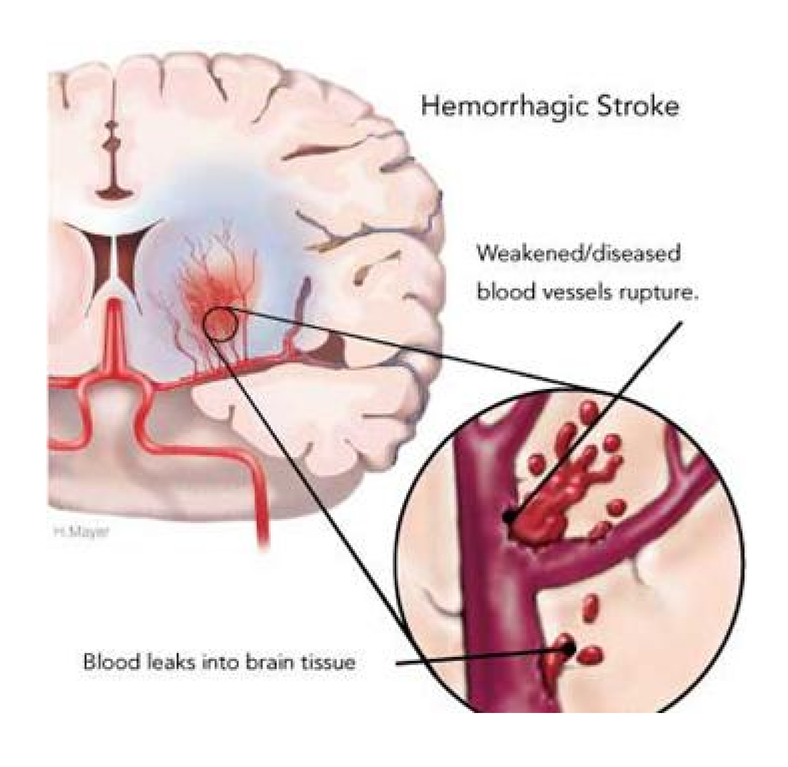
أ ـ السكتة الدماغية (Stroke):

السكتات الدماغية عادة تعد أحداثاً وخيمة وهي تنجم أساساً، عن انسداد يحول دون تدفق الدم وبلوغه الدماغ. (انظر الشكل رقم: (19) انسداد أحد أوعية الدماغ).



الشكل رقم: (19) انسداد أحد أوعية الدماغ

وأكثر أسباب ذلك الانسداد شيوعاً تشكّل رواسب دهنية في الجدران الداخلية للأوعية التي تغذي الدماغ. ويمكن أن تحدث السكتات الدماغية أيضاً جرّاء نزف من أحد أوعية الدماغ الدموية أو من الجلطات الدموية. (انظر الشكل رقم: (20) نزيف دماغي). (منظمة الصحة العالمية،2009).



الشكل رقم: (20) نزيف دماغي

وهناك أربعة أنواع أساسية من السكتات الدماغية، أكثرها حصولاً وشيوعاً السكتة الدماغية التجلطية أو التخثرية، والسكتة الدماغية الانسدادية، وتحدث نتيجة انسداد في أحد مجاري الدم، وكلاهما يؤدي إلى النتيجة ذاتها. والثالثة السكتة الدماغية نتيجة نزيف بالدماغ، والرابعة السكتة الدماغية نتيجة النزف تحت الغشاء العنكبوتي حول المخ.

وتبدأ أعراض السكتة الدماغية بالصداع، والدوخة، وتغيرات في قدرة الوعي الذهني، واضطرابات الرؤية، وصعوبة في النطق والبلع ، وضعف أو شلل في أحد أطراف الجسم. وتعتبر هذه علامات إنذار ويمكن أن تختفي في أقل من 24 ساعة. (بيدس، إميل، 1998، ص 177، 783).

ب ــ الصدمة الدماغية (Traumatic Brain):

تحدث عندما تعاق عملية ضخ الدم التي يؤديها القلب، ــ بحيث يضخ كمية غير كافية من الدم إلى أنحاء الجسم ــ كما تحدث إثر فقدان الشخص كمية مؤثرة من دمه، بسبب حادث أدى إلى قطع شريان، أو بسبب انفجار قرحة معوية، أو

نزيف داخلي، ويجوز أن تحدث عندما يتوسع قطر أحد الشرايين الدموية ــ يعني توقف انسياب الدم إلى الدماغ حرمان الدماغ من حاجته من الأوكسجين ــ وفي هذه الحالة يؤثر النقص في الأوكسجين على التحكم العصبي لقطر الشريان الدموي، فيتوسع ويرتخي وتقل بذلك كمية الدم التي تنساب عبره فيتوجب على المصاب الحصول على العلاج الطبي المناسب. وتشمل أعراض الصدمة الدماغية التي تظهر دون سابق إنذار التعرق والدوار، والغثيان وتسارع نبضات القلب، وبرودة ورطوبة الجلد، كما يرتفع ضغط دم المصاب إلى مستويات عالية، ومع انخفاض تزويد الدم إلى الدماغ، يصاب المريض بالارتباك والتشوش الذهني، وقد يصل إلى حالة فقدان الوعي. ويتعرض للصدمة الدماغية أولئك الذين يصابون بتسمم الدم، والذين يعانون من الربو. يحاول الدماغ في بادئ الأمر التعويض عن نقص الدم الذي يصل إليه من خلال تقييد جريان الدم في الأوعية الدموية الموجودة في المناطق غير الأساسية في الجسم، ويلجأ إلى تسريع نبضات القلب، مع ذلك إذا فشلت هذه الخطوات يجد الدماغ نفسه عاجزا عن العمل بصورة طبيعية، وإذا ضلت هذه الحالة المرضية دون علاج تبدأ الأعضاء الحيوية في الجسم بالموت من جراء فقدان الأوكسجين. وتؤدي الصدمة الدماغية إلى الوفاة وحتى في حال تمكن المريض من تجاوزها فقد يصاب بأضرار دائمة في الدماغ وفي الكليتين.

ويجب إدخال المصاب بالصدمة الدماغية إلى المستشفى في أسرع وقت ممكن لتقديم العلاج المتخصص له الذي يشمل في بادئ الأمر إعادة الدم إلى مستواه الطبيعي، فإذا كان الدماغ لا زال سليما فإنه يتجاوب مع العلاج ويستعيد قدرته في التحكم بقطر وعمل الأوعية الدموية. (لجنة من الأطباء، 2002، ص. 140-141).

3 ــ الأمراض الشريانية المحيطية:

هي أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الذراعين والساقين. تنجم في المناطق المتطورة هذه الأمراض عن التصلب العصيدي (Atherosclerosis)، وإن إمراضية هذه الأدواء مشابهة للداء الإكليلي، وتشمل أهم عوامل الخطورة كلا

من التدخين، وداء البوال السكري، وفرط شحوم الدم، وارتفاع التوتر الشرياني، ويعد تمزق الصفيحة العصدية مسؤولا عن معظم المظاهر الخطيرة لهذه الأمراض، ويحدث هذا التشقق غالبا ضمن صفيحة مزمنة لا عرضية سابقا. إن حوالي 20 % من الناس المتوسطي العمر (55–75) سنة في المملكة المتحدة مصابون بأحد أمراض الشرايين المحيطية ولكن ربع هؤلاء فقط ستظهر لديهم الأعراض. تعتمد المظاهر السريرية على الموضع التشريحي للآفة وعلى وجود أو غياب التروية الرادفة وعلى سرعة حدوث الأذية وآليتها. (ديفيد سون،2005 ، ص. 177). وقد قسمها الأطباء كالتالي:

أ ــ الداء الشرياني المزمن في الطرف السفلي (Chronic Lower Limp Arterial Disease):

يصيب هذا الداء القدمين بنسبة ثمانية أضعاف عما يصيب الذراعين. قد تصاب شدفة أبهرية أو أكثر بتوزع متبدل ولا متناظر، يتظاهر إقفار الطرف السفلي بكينونتين سريريتين مختلفتين يسميان بالعرج المتقطع (Intermittent Claudication)، وإقفار الطرف الحرج (Critical Limb Ischaemia). (ديفيد سون، 2005، ص ص.179-182).

ب ــ الداء الشرياني المزمن في الطرف العلوي (Chronic Upper Limb Arterial Disease):

يعد الشريان تحت الترقوة أشيع موضع لهذا المرض الذي يتظاهر بعرج في الذراع (نادر)، وانصمام عصيدي (متلازمة الأصبع الأزرق)، وسرقة الشريان تحت الترقوة للدم من الدماغ. ويجب معالجة هذا الداء بالرأب الوعائي. (ديفيد سون، 2005، ص.183).

ج ــ داء رينو (Reynaud's Disease):

يصف رينو التسلسل المميز لشحوب الأصابع نتيجة التشنج الوعائي في الشرايين المحيطية، ثم الزراق الناجم عن وجود الدم منزوع الأكسجين، ثم الاحمرار الناجم عن التبيغ (فرط الإرواء) الإرتكاسي.

د ــ الإقفار الحاد في الطرف (Acute Limb Ischaemia):

ينجم عن الانسداد الخثاري الذي أصاب شدفة شريانية متضيقة أصلا، أو عن الانصمام الخثاري أو الرض الذي قد يكون طبي المنشأ. (ديفيد سون، 2005، ص. 184).

هـ ــ الداء الوعائي الدماغي (Cerebrovascular Disease).

و ــ الداء الوعائي الكلوي (Reno Vascular Disease).

ي ــ أذية الأمعاء الإقفارية (Ischaemic Gut Injury).

4 ــ أمراض القلب الروماتيزمية:

تعتبر حمى الروماتيزم التي تصيب الأطفال وبالأخص في الدول الواقعة في المناطق المعتدلة والحارة، وعند الشعوب المتخلفة حضاريا، وتعتبر من الأمراض الشائعة الانتشار في دول الشرق الأوسط وجنوب آسيا. وتستمر نوبة هذا المرض الذي يؤثر على القلب والمفاصل بضعة أسابيع أو شهور، ولكن النوبة تخلف وراءها إرثا من الضرر المستديم على صمامات القلب يتطور ببطء نحو الأسوأ على مر السنين. ويتضرر بسبب حمى الروماتيزم بشكل أكبر الصمامان الموجودان على الجانب الأيسر من القلب، وهما صمام الوتين والصمام التاجي. وعادة تضيق الصمامات المتضررة ويتسرب منها الدم في بعض الحالات، وبالنتيجة تضطر عضلة القلب إلى العمل بجهد زائد لضخ الدم عبر الفتحة الضيقة للصمام، وللتعامل مع الحجم المتزايد من الدم الذي يحدث من خلال التسرب. ويؤدي التسرب مع مرور الوقت إلى تضخم القلب وهو اعتلال شائع. ومن أعراض هذه أمراض القلب الروماتزمية ضيق النفس، والتعب، واختلال نظام خفقان القلب، وألم في الصدر، والإغماء، والتعرق، وتورّم المفاصل، والغثيان ومغص في البطن، والقياء.

لقد خطى الطب خطوات مذهلة في حقل معالجة مرضى القلب، وبالأخص أولئك الذين يعانون من عيوب في صمامات القلب، نجمت عن إصابتهم بحمى الروماتيزم، وتحقق لمثل هؤلاء المرضى فرصة العيش حياة اعتيادية، ولسنوات

طويلة. لقد أصبح الآن بالإمكان تصليح الصمامات القلبية المتضررة، أو استبدالها بصمامات جديدة اصطناعية، ومع أن اللجوء إلى مثل هذه العمليات قد بدأ ينخفض نظرا لانخفاض إصابة الأطفال بحمى الروماتيزم، فلا زالت هذه العمليات تجرى بالنسبة للصمام التاجي الذي يصاب بالضرر نتيجة تلف الشريان التاجي أو تضرره. (لجنة من الأطباء، 2002، ص ص. 121ـــ123).

5 ـــ أمراض القلب الخلقية (Congenital Heart Disease):

تصيب هذه التشوهات 8 بالألف من المواليد الأحياء. وقد عدت أمراض القلب الخلقية كشذوذ قلبي منفرد أو كجزء من متلازمة مجموعية (الساد ـــ الكتاركت ـــ، والصمم العصبي، والتخلف العقلي)، وعادة تتظاهر أمراض القلب الخلقية خلال مرحلة الطفولة، وفي بعض الأحيان يولد الأطفال وهم يعانون من حالات غير سوية في بنية قلوبهم، ولهذا السبب يقوم الطبيب بإجراء فحص دقيق للطفل حال ولادته وخلال السنوات الأولى من ولادته، ولكنها قد تمر ولا تشخص إلا في مرحلة البلوغ. وإن التشوهات الخلقية التي كانت سابقا تؤدي للموت في الطفولة أصبح الآن من الممكن جدا معالجة هذه الحالات الخلقية في مرحلة الطفولة، أو على الأقل يمكن تصحيحها بشكل جزئي. وتكون أسباب ولادة الطفل وهو مصاب بمرض قلبي غير معروفة إجمالا على الرغم من أن تناول الأم خلال مرحلة الحمل أدوية معينة أو إصابتها بالتهابات كالحصبة الألمانية مثلا، قد تكون أحد الأسباب ولذلك يجب اتخاذ إجراءات وقائية خاصة عندما يشك الطبيب بإصابة الأم بمثل هذه الانتانات.

كما يمكن إجمال أسباب هذه التشوهات إلى مرض الوالدة المجموعي (السكري، الذئبة الحمامية)، والعدوى الوالدية، وتناول الأدوية أثناء فترة الحمل (الثاليدوميد، الوارفارين، الفينيتوين)، وتعرض الوالدة للإشعاع، كما لا ننس الأهبة الوراثية (متلازمة تورنر، ورباعية فالو). (كيث، داوكينز، إيان، سيبمسون، 2001، ص ص. 253-254).

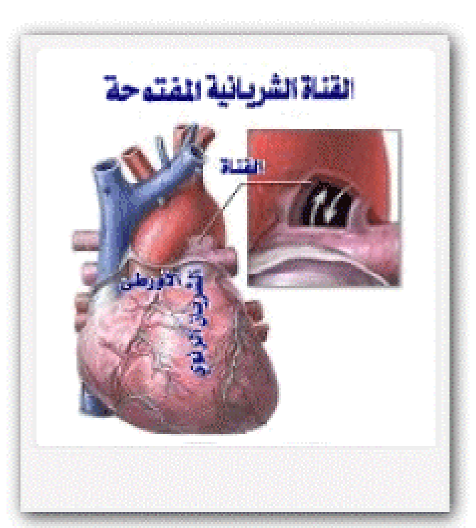
وقد يصيب المرض أي جزء من أجزاء القلب، فقد يصيب الشرايين أو الأوردة، أو الصمامات أو الجدران العازلة بين غرف القلب، أو عضلة القلب

نفسها، كما قد تكون الإصابة في جزء واحد أو عدة أجزاء في نفس الوقت، وقد تأتي الآفة القلبية بعدة صور تتمثل في التالي:

أ ــ بقاء الشريانية سالكة (Persistent Duct Us Arteriosus):

تمثل 5 % من كل حالات أمراض القلب الخلقية، وتصاحب متلازمة الحميراء الوليدية (الخلقية) (Congenital Rubella Syndrome)، وتشيع أكثر في الإناث. (روبنشتاين، ديفيد، واين، ديفيد، 2005، ص. 440).

خلال المرحلة الجنينية قبل أن تبدأ الرئتان بالعمل نجد أن معظم الدم القادم عبر الشريان الرئوي يمر إلى الأبهر مباشرة عبر القناة الشريانية. (انظر الشكل رقم: (21) القناة الشريانية السالكة)، في الحالة الطبيعية تنغلق هذه القناة بعد الولادة مباشرة ولكنها أحيانا تفشل في ذلك، وبقاء الشريانية سالكة يسبب في الكبر قصور قلبي. (ديفيد سون،2005 ، ص 232).



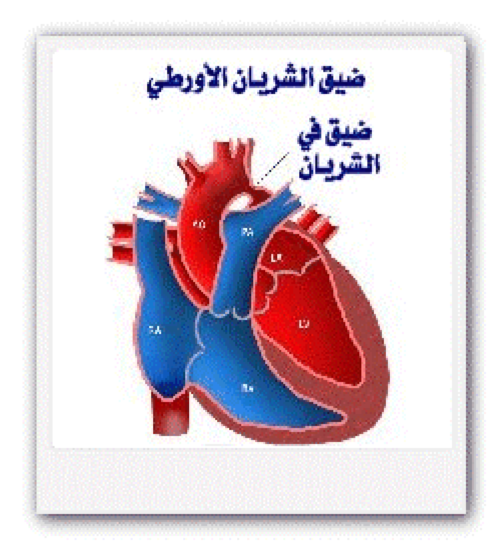
الشكل رقم: (21) القناة الشريانية المفتوحة

(السويد، عبد الرحمن، ص. 7)

ب ــ ضيق برزخ الأورطي (Coarctation of The Aorta):

يسبب الصمام السيئ التشكل أو المخاطيني أو المختل التنسج (Dysplastic) انسدادا وخيما أمام قذف البطين الأيسر، في أسوأ الحالات تعتمد تروية الجسم على الدم الذي يصل الأورطي من البطين الأيمن عبر القناة، وعندما تبدأ القناة بالانغلاق تقل التروية المجموعية ويصبح الطفل عديم النبض ومصابا بالحماض، قد لا يكون هناك نفخة للدم الذي يعبر الصمام الأورطي المتضيق لأن الفوهة

صغيرة جدا. (انظر الشكل رقم: (22) ضيق الشريان الأورطي)، ولا يستطيع البطين الأيسر المصاب بالفشل أن يولد قوة كافية للضخ. تستجيب الحالة للمعالجة بالتوسع بالبالون أو بالجراحة ولكن معدل الوفيات عال. (كيث، داوكينز، إيان، سيمسون، 2001، ص. 281).



الشكل رقم: (22) ضيق الشريان الأورطي
(السويد، عبد الرحمن، ص. 9)

ج ـ عيب الحاجز الأذيني (Atrial Septal Defect):

يمثل 10% من أمراض القلب الخلقية، يصاحب بمتلازمة "مارفان" أحيانا. (روبنشتاين، ديفيد، واين، ديفيد، 2005، ص. 439).

ونجد معظم الحالات هي خلل في الفوهة الثانوية (Ostium Secundum) حيث يشمل العيب الحفرة البيضية التي كانت في الحياة الجنينية تشكل الثقبة البيضية، كما نجد أيضا عيب الفوهة الأولية (Ostium Premium) نجم عن خلل أصاب الحاجز الأذيني البطيني، وهو يترافق مع تشوه آخر يعرف باسم الدسام التاجي المشقوق (انشقاق الوريقة الأمامية للدسام). وبما أن البطين الأيمن الطبيعي أكثر مطاوعة بكثير من البطين الأيسر، فإن كمية كبيرة من الدم تتسرب من الفتحة الأذينية اليسرى إلى الأذينية اليمنى، ومن ثم إلى البطين الأيمن والشرايين الرؤية نتيجة لذلك تحدث ضخامة مترقية في القلب الأيمن والشرايين الرؤية. قد تختلط هذه الحالة أحيانا بارتفاع التوتر الشرياني الرئوي وانقلاب الشنت. وعلى كل حال تكتشف الحالة أثناء تشخيص روتيني، أو بعد إجراء

صورة صدر شعاعية. يصاب الشخص في الكبر برجفان أذيني، وارتجاع ثلاثي الشرف (بسبب تضخم البطين الأيمن)، والتهاب الشغاف العدوائي. (ديفيد سون، 2005 ، ص ص. 237-238).

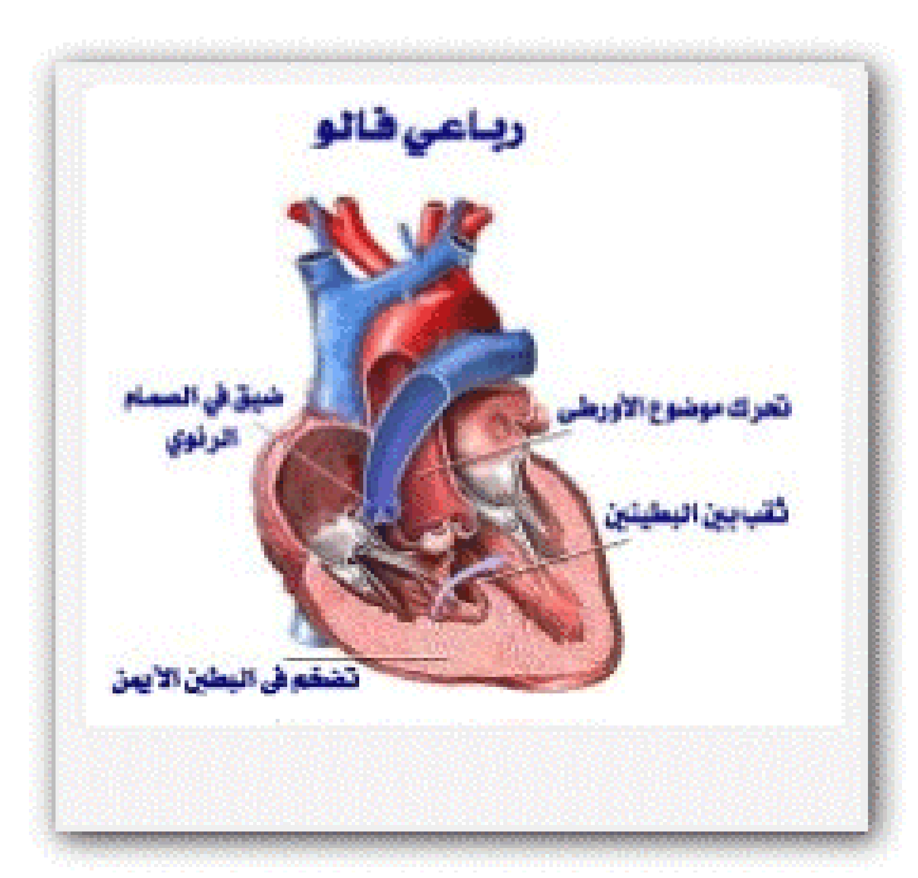
د ـ عيب الحاجز البطيني (Ventricular Septal Defect):

يمثل 25% من أمراض القلب الخلقية. ويحدث بنسبة 1 لكل 500 ولادة حية. ويكون نتيجة انفصال غير متكامل للبطينات، جنينيا يملك الحاجز البطيني جزء غشائي وآخر عضلي، وينقسم هذا الأخير إلى مدخل ومخرج وجزء تربيقي، وتحدث معظم التشوهات الخلقية عند منطقة اتصال الجزء الغشائي مع العضلي. ويخلف هذا التشوه في الكبر التهاب الشغاف في 20 % من الحالات، مع ظهور انصمامات في الأوعية الدموية الرؤية. (ديفيد سون، 2005، ص. 239)، (روبنشتاين، ديفيد، واين، ديفيد، 2005، ص. 441).

هـ ـ رباعية فالو (Fallots Tetralogy):

تمثل 10 % من أمراض القلب الخلقية، و50 % من أمراض القلب الخلقية الزراقية، وواحد من كل عشرة مرضى فقط قد يبلغ عمر 21 سنة إذا لم تتم معالجة الحالة. (انظر الشكل رقم: (23) رباعية فالو).

المكونات الأربعة لتشوه رباعية فالو يكون بانسداد مخرج البطين الأيمن على الغالب تحت دسامي (قمعي)، ولكنه قد يكون دساميا أحيانا، أو فوق دسامي، أو مزيجا منهم. ويكون عيب الحاجز البطيني كبيرا عادة ومشابه في فتحته لفتحة الدسام الأورطي، يسبب اشتراك المكونات الأربعة ارتفاع التوتر ضمن البطين الايمن وشنت من الأيمن للأيسر لدم مزرق عبر الفتحة بين البطينين. عادة تتولد عن حالة رباعية فالو نوبات زراقية وغشي (أحيانا تكون مميتة)، وخراجات مخية 10 %، والتهاب الشغاف 10 %، وانصمامات تناقضية (Paradoxical Embolization)، وسكتات خثارية (كثرة الحمر)، والصرع (Epilepsy) يحدث بمعدل أكثر من المعدل المألوف. وغالبا تكون المعالجة بالتصحيح الكامل باستخدام مجازة قلبية رئوية. (ديفيد سون، 2005، ص. 240). (روبنشتاين، ديفيد، واين، ديفيد، 2005، ص ص. 441-442).



الشكل رقم: (23) رباعية فالو

(السويد، عبد الرحمن، ص. 9)

و ـ التضيق الرئوي (Pulmonary Stenosis):

يمثل 5 % من أمراض القلب الخلقية، وعادة تكون الحالة غير زراقية إلا إذا كانت جزءا من رباعية فالو، أو كانت شديدة جدا (زراق طرفي)، ويكون التضيق عادة صماميا ولكن قد يكون تحت صماميا (قمعيا)، وفي متلازمة السرطاوية (Carcinoid Syndrome) قد يحدث التضيق الرئوي متأخرا نوعا ما. وفي الغالب يلتهب الشغاف لدى المريض في الكبر، أو يحدث له قصور قلبي أيمن. (روبنشتاين، ديفيد، واين، ديفيد، 2005، ص. 443).

6 ـ الانصمام الرئوي أو الخثار الوريدي العميق (Pulmonary Embolism):

نظرا للترابط الوثيق بين الرئتين والقلب فإن أي مرض يصيب الرئتين يترك تأثيره على القلب، وتضع إعاقة انسياب الدم عبر الشرايين الرئوية حملا إضافيا

على الجانب الأيمن للقلب، يحدث الانصمام الرئوي بانسداد جزء أو كل الشجرة القصبية الرئوية بصمة خثارية أو دهنية أو هوائية، تنشأ من مكان آخر، والأسباب الأكثر شيوعا لحصول مثل هذه الإعاقة هي تكوّن جلطة دموية في أوردة الساق أو الحوض، وانتقالها بصورة تدريجية عبر الأوردة إلى الجانب الأيمن للقلب، ودخولها في الشرايين الرئوية، أو تكوّن جلطة دموية في الشرايين الرئوية بالذات. كما ينشأ التخثر ضمن الأوعية بسبب الركود، وكثرة الكريات الحمراء، والتجفاف، والأمراض الخبيثة. (كيث، وإيان، 2001، ص. 253)، (لجنة من الأطباء، 2002، ص. 144).

ويمكن تقسيم الانصمام الرئوي إلى الصور التالية:

أ ــ الانصمام الرئوي الجسيم (Massive Pulmonary Embolism):

انسداد ثلثي الشجرة الشريانية بخثرة كبيرة، أو بخثرات صغيرة متعددة، مما يرسب فشل القلب الأيمن الحاد مع ارتفاع ضغط الأذين الأيمن، وانخفاض النتاج القلبي.

ب ــ الانصمام الرئوي الشحمي:

قد يحدث بعد الكسور العظمية، أو التمسيد الخارجي للقلب، وقد تحرض الصمات الشحمية حدوث تسرب وعائي رئوي مفرط إلى الضائقة التنفسية عند المريض.

ج ــ الانصمام الرئوي الهوائي:

حقن الهواء سهوا في الوريد (15 مل/ كجم على الأقل لكي تحدث الأعراض)، أو فتح وريد رقبي أو دماغي، يحدث مِحْبَس (Lock) هوائي في القلب الأيمن ويسد الدوران.

د ــ الانصمام الرئوي بجسم غريب:

تصل بعض الأجسام الغريبة (القثاطير الوريدية غير الثابتة) إلى الرئة أحيانا، ويمكن رفع بعضها عبر الوريد باستعمال السنار (Snare)، والاستعانة بالأشعة السينية، ويحتاج البعض الآخر لبضع الصدر. (كيث، داوكينز، إيان، سيبمسون، 2001، ص ص. 326-331).

يفيد في حالة الانصمام الرئوي تناول أدوية مضادة للتخثر، ولكن إذا كانت الحالة المرضية شديدة جدا يلجأ إلى عملية جراحية لإزالة الجلطات الدموية التي تكونت في الشرايين الرئوية.

هـ ـ الالتهاب الشعبي المزمن:

يحدث عند التهاب ممرات الهواء في الرئتين، ويسبب هذا الداء إلحاق الضرر بالأوعية الدموية الدقيقة الموجودة ضمن الرئتين، وبما أن الرئتين تصبحان نتيجة ذلك عاجزتين عن إشباع الدم بالأكسجين يصبح الجسم بكامله محروما من الأكسجين، وبسبب نقصه تزداد كمية اليحمور في الدم، وتزداد كثافة الدم فيجد القلب صعوبة في ضخه. الأمر خطير هنا هو عدم إمكانية الشفاء من هذا المرض بعد أن يترسخ في الرئتين، ولا يفيد العلاج الطبي إلا في حالات نادرة. (لجنة من الأطباء، 2002 ، ص. 145).

سادسا ـ التكاليف الناجمة عن الاضطرابات الوعائية القلبية:

تصيب الأمراض القلبية الوعائية كثيراً من الناس في منتصف العمر وتؤدي، في أغلب الأحيان، إلى الحد بصورة وخيمة من دخل ومدخرات أولئك الأفراد وأسرهم. ويسهم فقدان المرء لدخله وتزايد الأموال التي ينفقها على الرعاية الصحية في عرقلة التنمية الاجتماعية الاقتصادية للمجتمعات والدول.

تضع الأمراض القلبية الوعائية عبئاً فادحاً على عاتق اقتصاديات البلدان. فالتقديرات تشير، مثلاً إلى أنّ الصين ستفقد خلال السنوات العشر المقبلة (2006-2015)، 558 مليار دولار أمريكي في شكل دخل قومي ضائع جرّاء أمراض القلب والسكتة الدماغية والسكري.

ترتفع نسبة انتشار عوامل الاختطار والأمراض ومعدلات الوفيات، عادة، لدى الفئات التي تحتل مركزاً اجتماعياً واقتصادياً أدنى في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويُلاحظ ظهور نمط مماثل مع زيادة انتشار الأمراض القلبية الوعائية في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. (منظمة الصحة العالمية، 2009).

سابعا ــ كيفية الحد من عبء الاضطرابات الوعائية القلبية:

يمكن تجنّب ما لا يقلّ عن 80% من الوفيات المبكّرة الناجمة عن أمــراض القلب والسكتة الدماغية بإتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني بانتظام والامتناع عن التدخين؛ يمكن للجميع الحد من مخاطر الإصابة بالأمراض القلبيــة الوعائية بالشروع في ممارسة نشاط بدني بانتظام والامتناع عــن تعــاطي التبــغ والتعرّض اللاإرادي لدخان التبغ واختيار نظام غذائي غني بالخضــر والفواكــه وتلافي الأطعمة التي تحتوي على كميات كبيرة من الــدهون والســكر والملــح والحفاظ على وزن صحي؛ والإجراءات الشاملة والمتكاملة هي الوســيلة لتــوقي الأمراض القلبية الوعائية ومكافحتها، وتقتضي هذه الإجراءات الشاملة الجمع بين الأساليب الرامية إلى الحد من المخاطر لــدى الســكان عمومــاً وذلــك بإتبــاع استراتيجيات تستهدف المعرّضين للمخاطر أو أولئك الذين ثبتت إصابتهم؛ ومــن الأمثلة على التدخلات الشاملة التي يمكن تنفيذها للحــد مــن الأمــراض القلبيــة الوعائية: انتهاج سياسات شاملة لمكافحة التبغ، وفرض ضرائب من أجل الحد من تناول الأطعمة التي تحتوي على كميات كبيرة من الدهون والسكر والملح، وإنشاء ممرّات خاصة بالراجلين وراكبي الدراجات من أجل تشجيع الناس على ممارســة النشاط البدني، وتوفير أطعمة صحية لأطفال المدارس؛ وتركّز الأساليب المتكاملة على أهمّ عوامل الاختطار الشائعة لطائفة من الأمراض المزمنة، مثل الأمــراض القلبية الوعائية والسكري والسرطان: النظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني وتعاطي التبغ.

وهناك أدوية ناجعة متاحة الآن بأسعار زهيدة لعلاج جميع الأمراض القلبية الوعائية تقريبا؛ ويمكن بعد الإصابة بنوبة قلبية أو سكتة دماغية، الحد بشكل كبير من مخاطر الانتكاس أو الوفاة باستخدام توليفة من الأدوية- الستاتينات ــ لتخفيض نسبة الكولسترول في الدم، وأدوية أخرى لتخفيض ضغط الدم والأسبرين؛ وتم استحداث أجهزة طبية فعالة لعلاج الأمراض القلبية الوعائية، مثل الناظمة القلبية والصمامات البديلة والرقع اللازمة لسد الثقوب التي تحدث في القلب؛ ومن العمليات الجراحية التي تُجرى لعلاج الأمراض القلبية الوعائية مجازة الشريان

التاجي ورأب الأوعية بالبالون (يتم في هذه العملية إدخال جهاز شبيه بالبالون عبر الوعاء لفتح الانسداد) وإصلاح الصمامات وتبديلها وزرع القلب وعمليات القلب الاصطناعي؛ ولابد أن توظف الحكومات مزيداً من الاستثمارات عبر البرامج الوطنية الرامية إلى توقي الأمراض القلبية الوعائية وسائر الأمراض المزمنة ومكافحتها.

ويدخل العمل الذي تؤديه منظمة الصحة العالمية في مجال الأمراض القلبية الوعائية ضمن الإطار الإجمالي للوقاية من الأمراض المزمنة ومكافحتها الذي حددّته إدارة الأمراض المزمنة وتعزيز الصحة التابعة للمنظمة. والأغراض الإستراتيجية لتلك الإدارة هي إذكاء الوعي بوباء الأمراض المزمنة الذي يتخذ أبعاداً عالمية؛ وتهيئة بيئات صحية للفئات الفقيرة والمحرومة بوجه خاص؛ وكبح جماح عوامل الاختطار المرتبطة بالأمراض المزمنة، مثل: النظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني، والعمل على عكس اتجاهها؛ وتوقي الوفيات المبكّرة وما يمكن تجنّبه من حالات العجز الناجمة عن أهمّ الأمراض المزمنة. (المرجع السابق، 2009).

ثامنا-التدين والفاعلية الذاتية وعلاقتهما بالاضطرابات الوعائية القلبية:

من خصائص الإنسانِ أنّه بفطرته يميل إلى التديُّن، فالتديُّن فطرة غرزها الله في البشر، وله أثر على صحة الفرد وسلوكه، فالفرد المتدين يسمو فيثبُت ولا يتزعزع، وتقوى عزيمته، وينظر إلى الدنيا نظرة إيجابية ملؤها الحيوية والنشاط، لذلك رأى كثير من الباحثين الغربيين أن التدين له أثر على صحة الفرد، ومن ذلك ما ذكره فيكتور فرانكل عن دور التدين في تخليص الفرد من قلقه واضطراباته حيث قال: *"ويمكن أن نقول أن اهتمام الإنسان بالحياة وقلقه بشأن جدارتها وحتى يأسه منها لا يخرج أحيانا عن كونه ضيقا معنويا روحيا، وليس بالضرورة أن يكون مرضا نفسيا بحال من الأحوال. وهنا يكون تفسير هذا الضيق المعنوي أو الروحي على أنه مرضى نفسي، هو ما يدفع الطبيب إلى أن يدفن اليأس الوجودي عند مريضه تحت كومة من العقاقير المهدئة، ولكن مهمته هي بالأحرى أن يقود المريض من خلال أزماته الوجودية إلى النمو والارتقاء".* (فكتور، فرانكل، 1982، ص. 138).

وحينما يكون المريض واقفا على أرض صلبة من الاعتقاد الديني، فلا يمكن أن يكون هناك اعتراض بشأن الاستفادة من التأثير العلاجي لمعتقداته الدينية مما ينبع من المصادر الروحية ويعتمد عليها. (المرجع السابق، ص 157).

ويوضِّح محمد قُطب بأنّ التدِّين هو الذي يوجه الفرد بكافة إمكاناته الجسمية والعقلية والانفعالية للمشاركة بإيجابية في الحياة للوصول إلى سعادة الفرد والمجتمع. (قطب، محمد، 1983، ص. 35).

وعليه فإن الدّين هو الذي يوجّه الفرد إلى خالقه بالعبودية والاحتكام إلى أوامره ونواهيه ومن ثَمّ فالدين يجعل الفرد يتجاوز حدود ذاته ويتخطّاها بالوعي المتجاوب الشامل المُمتد خارج الذات إلى الكون كله، كما أنه يوجه الفرد إلى وجودٍ أعلى تلتزم به الذات وتحتكم إليه في ميزانها الأخلاقي. (نجاتي، عثمان، 1986، ص. 85).

والمحرك الأساسي للتدين ورفع قيمته هي العبادات، ومن أجلها الصلاة و أثرها على الصحة لا ينكر، فالصلاة كما يجب أن تفهم ، ليست مجرد ترديد آلي للطقوس، ولكنها ارتفاع لا يدركه العقل، إنها استغراق الشعور في تأمل مبدأ يخترق عالمنا ويسمو عليه. ومثل هذه الحالة السيكولوجية ليست عقلية. إن الفلاسفة والعلماء لا يفهمونها، كما أنها صعبة المنال عليهم. ولكن يبدو أن الشخص المتجرد من حب متاع الدنيا يشعر بالله بمثل السهولة التي يشعر بها بحرارة الشمس. (الكسيس، كاريل، 1973، ص. 118).

والصلاة كلمة يستعملها الكتاب الدينيون في معنى اصطلاحي واسع، فهي لا تعني مجرد دعاء لفظي، ولا مجرد تعبير عن الحمد و الثناء، فتلك ليست إلا أمثلة محدودة من الحالة العقلية العامة التي تفسرها كلمة الصلاة. أما الخاصة الحقيقة فهي إحساس بهيج من الإشراق الروحي... والثمرة الرئيسية للصلاة، كما يؤكد المتعبدون أنفسهم، ليست في أن الدعوة الخاصة قد حققت بمعجزة، ولكن في أن المصلى نفسه يحس عزاء وقوة بعد تجربته، فالصلاة ــ ولو لم تنتج أثرا ماديا ــ قد تحدث تغييرا روحيا. (بيرت، سيرل، 1985، ص ص. 22-24).

ومن الواضح أن الصوم مدرسة أخلاقية إلى جانب فوائده الصحية المختلفة، لكن الانضباط النفسي والأخلاقي هو الدرس الأول والهام في هذه المدرسة المقدسة.... هناك دورا هاما يلعبه الصوم بالنسبة للكيان النفسي في الإنسان.... ولاشك أن الصائم يعيش في ظل مبادئ وأجواء روحية مريحة، مشبعة بالثقة و الإيمان، والتزام الصائم بالامتناع عن الطعام و الشراب وشهوات الجسد، يقوى فيه الإرادة، ويجعله صلبا قويا في مجابهة مشاكل الحياة وصعابها، ومن ثم تمتلئ نفسه باليقين والرضا، وتدريجيا تذهب عن نفسه الوساوس، وتزايله الأوهام، وتنمحي المخاوف والهواجس، ويجد دائما الله إلى جواره فيركن إليه، ويزداد تشبثا به، وعندما يستطيع الصائم أن يصل إلى هذه الدرجة، بعبادته وصلاته وقراءته للقرآن، يكون قد وصل إلى بر الأمان. (الكيلاني، نجيب، 1986، ص ص. 41-52).

فالصيام يجلب لنفس المسلم الراحة، ويبعد عنها القلق والضيق، ويعود النفس على الصبر على ما يقابلها من مشاق الحياة مما يجعلها أقدر على التصدي منغصات الحياة، ومقاومتها وعدم الخضوع لها والوقوع في شراكها.

ونظرا لأهمية هذه العبادات فقد استخدمها الأطباء والباحثون بشكل روتيني في دراساتهم وبحوثهم.

حيث بحث كل من لارسون (Larson) وكوينج (Koenig) وكابلان (Kaplan) وجرين بيرج (Greenberg) ولوجو (Logue) تيرولر (Tyroler) (1989)، تحت عنوان " تأثير الدين على ضغط الدم لدى الرجال "، و بعينة بلغت (401) رجل أبيض من سكان الريف (منطقة ايفانز في ولاية جورجيا بأمريكا) سبق متابعة قياس ضغط الدم لديهم من عام (1967-1969م)، في المنطقة المذكورة وكانت أعمارهم فوق 25 سنة، منهم 64.1% أقل من 54 سنة، والباقي 55 سنة فأكثر، وهم خالين من أمراض القلب.

واستخدموا فيها أدوات قياس ضغط الدم، ومقياس التدين المتكون من بعدين: عدد مرات الحضور للكنيسة، وأهمية الدين لدى الفرد، ومقياس McQuite - Whit Scale المناسب لسكان الريف. والمنهج الوصفي الارتباطي.

وخلصوا إلى نتائج أهمها: حيث كان ضغط الدم غير مرتفع لدى مجموعة الأفراد الذين كان الدين بالنسبة لهم هام جداً، وكذلك حضورهم للكنيسة كانت عالياً وذلك بدرجة دالة إحصائياً، بينما المجموعة التي كان الدين بالنسبة لهم غير هام وحضورهم نادر للكنيسة كان درجات ضغط لديهم مرتفعة، وكانت هذه النتيجة دالة إحصائياً. (Larson and Others , pp. 268-273).

كما بحث كل من بارجامنت (Pargament) واشلر (Ishler) ودوبو (Dubow) وستانيك (Stanik) وروبلير (Rouiller) وكروو (Crowe) وكولمان (Cullman) والبرت (Albert) وررويستر (Royster) (1994)، تحت عنوان:"الأساليب الدينية لمقاومة الضغوط النفسية نتيجة حرب الخليج: تحليل عرضي وطولي، و بعينة قدرها (215) طالباً وطالبة جامعيين، منهم 33% ذكور و 67% إناث، متوسط أعمارهم 19.5 سنة، و87% من العينة من البيض. واستخدموا عدة مقاييس تم استعمالها في مقاييس سابقة لقياس ثلاثة أبعاد هي:

ـــ أنشطة مقاومة الضغوط والآلام النفسية وهي على نوعين: أنشطة دينية وأنشطة غير دينية (طبقت في 20 فيفري1991 قبل يومين من تحرير الكويت).

ـــ أنشطة متعلقة بالحرب وبأوضاع المشاركين فيها (طبق مع الاختبار الأول في نفس الفترة).

ـــ الآلام الشخصية والعامة وهي على نوعين: آلام خاصة وشخصية، آلام عامة (وطبقت مرتين أولاً مع الاختبارين الأول والثاني في الفترة نفسها، ثم أعيد تطبيقهما في 11 مارس 1991 بعد أسبوع من توقف الحرب).

وخلصوا إلى نتائج أهمها: متغيرات الأنشطة الدينية المقاومة للضغوط كانت مؤشرات دالة على مقاييس الآلام النفسية الثلاثة المستخدمة في الدراسة الحالية. والطلاب والطالبات الذين بحثوا عن دعم من رجال الدين أو المترددين على الكنيسة أظهروا وضع نفسي إيجابي أكثر من الطلاب والطالبات الذين لم يفعلوا مثلهم. كما أظهر التحليل الإحصائي ارتباط موجب بين الأنشطة الدينية وغير الدينية المقاومة للضغوط النفسية. (Pargament, and Others, 1994, pp. 350-357).

وبحث يوسف الكندري (2002)، تحت عنوان: التدين و علاقتــه بالضــغط الدموي لدى الكويتيين، بعينة بلغ عدد أفرادها (223) فردا مــن الجنســين، مــن مختلف الشرائح الاجتماعية الكويتية، تتراوح أعمارهم بين (18ــــ75) ســنة. و استخدم فيها استبيان يستفسر عن درجة تدين كل فرد. ثم خضعوا جميعا لفحــص طبي قيس فيه الضغط الدموي. و خلص إلى نتائج أهمها: أن الــدين يلعــب دورا مهما في إحداث التوازن العاطفي للفرد، مما يؤثر بصورة مباشرة علــى حالتــه الصحية، ويعزز فرضية أن دراسة الأمراض لا يمكن أن تقتصــر فقــط علــى المنظور الطبي، بل يجب النظر إلى التأثيرات الاجتماعية والنفســية والروحيــة للمرضى. (Journal of Biosocial Science, 2002, Vol. 35 (03), pp. 463-472).

وقام الصنيع صالح بن إبراهيم (2002)، ببحث تحت عنوان: العلاقة بين التدين والقلق العام لدى عينة من طلاب جامعة الإمام. بعينة تكونت من مجموعتين من الطلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، إحداهما طلاب كلية الشريعة وعددهم (119) طالبا متوسط عمرهم 21.40 سنة، و(121) طالبا من كلية العلوم الاجتماعية متوسط عمرهم من22.97 سنة، والمجموع الكلي للعينة (240) طالبا. واستخدم الأدوات التالية: مقياس التدين من إعداده، وهو مكون من ستين عبارة لكل عبارة ثلاثة خيارات، وحصل على معاملات صدق وثبات جيدة. وكذلك مقياس القلق العام للراشدين من إعداد محمد جمل الليل، ومكون من ست وخمسين عبارة لكل عبارة خمسة خيارات، وحصل على معاملات صدق وثبات جيدة.

وخلص إلى نتائج أهمها: العلاقة العكسية بين التدين والقلق العام لدى عينتي الدراسة، كما أن طلاب كلية الشريعة حصلوا على متوسط درجات أعلى من طلاب كلية العلوم الاجتماعية على مقياس التدين، بينما على مقياس القلق العام حصل على طلاب كلية العلوم الاجتماعية على متوسط أعلى من طلاب كلية الشريعة. (الصنيع، صالح، 2002).

وكما نجد أن الفاعلية الذاتية تؤثر في سلوكنا اليومي عن طريــق المعــارف والوجدان وانتقاء المعلومات في بيئتنا المدركة، فمن الناحيــة المعرفيــة يــؤدي الاعتقاد في الفاعلية إلى التأثير في تقييمنا لأهداف الحياة واســتقبال المعلومــات بطريقة خاصة بنا، كذلك فإن الاعتقاد في الفاعلية يؤثر في طريقة تعاملنــا مــع الكرب وله علاقة مباشرة بشعورنا بالقلق والاكتئاب، إضافة إلى تأثيرهــا علــى الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة وهي عوامل هامة في التكيف مع المرض المزمن. (زعطوط، رمضان، 2005. ص. 43).

أثبتت الدراسات التي تناولت العلاقة بين فاعلية الذات في شأن مزاولة النشاط البدني بعد التعرض لنوبة قلبية، وتقدم المرضى نحو الشفاء من نوبة قلبية، أن ثقة المرضى المصابين بنوبة قلبية بشأن الممارسة البدنية إثر إصابتهم بها تعمل على إزالة التخوف الشديد من أي نشاط بدني، لأن ذلك الخوف إذا ما استمر يؤدي حتما إلى مضاعفات صحية خطيرة، ومن هذه الدراسات تلك التي أجراها "**إيوارط**" **(Ewart)** (1992) في أمريكا على مجموعة من مرضى القلب والتي جاءت نتائجها إلى أن فاعلية الذات تساعد على إكسابهم أنماط سلوكية صحية تساعدهم على المحافظة على نشاطهم وصحتهم القلبية. (يخلف، عثمان، 2001، ص. 113).

وعن أثر مزاولة النشاط الرياضي في التخفيف من خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي لا يوجد أي خلاف على ذلك، حيث هناك من الدلائل العلمية ما يشير إلى تحقيق فوائد صحية أكيدة نتيجة لممارسة النشاط البدني، ومع ذلك لا يوجد إلا قليل من الناس من يزاولون النشاط الرياضي بصفة منتظمة ودائمة، وفي هذا الصدد تؤكد عدة دراسات على الدور الهام الذي تلعبه توقعات فاعلية الذات في المساعدة على مزاولة النشاط الرياضي ولعل أهم هذه الدراسات تلك الدراسة الحديثة التي أجراها "**ميلاند**" **وزمـــــلاؤه (Melend & All)** (1999) على عينة من (110) مريضا، تناولت دور فاعلية الذات في تغيير السلوكيات المضرة بالصحة وخاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية

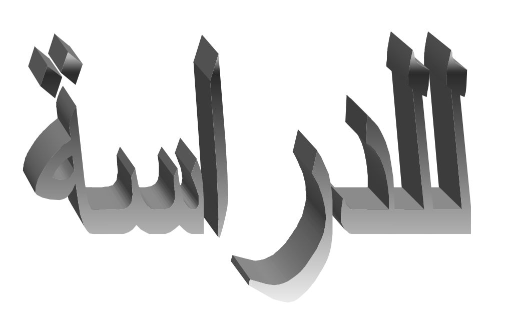
كالتدخين والتغذية غير الصحية، ولقد أظهرت نتائجها أن فاعلية الذات برزت كأقوى متغير في ذلك.

وتوصل إلى النتائج نفسها كل من "**بوث** " **وزملاؤه (2000) (Bath & All)** من خلال دراسة ميدانية أجروها في أستراليا على عينة عشوائية متكونة من (499) شخصا مُسِنا وتم قياس نشاطهم الرياضي إضافة إلى قياس فاعلية الذات، ومتغيرات نفسية واجتماعية أخرى، ولقد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الفاعلية العالية للذات كانوا أكثر نشاطا وحيوية من غيرهم. (المرجع السابق، ص ص .113ــ114).

خلاصة :

من خلال ما استعرضناه من دراسات حول التدين والكفاءة الذاتية وعلاقتهما بالصحة، فالتدين هو الذي يُوجِد لدى الإنسان الحافز للتعامل مع الواقع وهو الذي يدل الإنسان على طريقه في هذه الدنيا، وهو الذي يجعل الإنسان يُحسّ بوجوده وبقيمته، وأنّ كل طريق في هذه الدنيا يسير في اتجاه معين، وهذا كلــه يعطي تناسقا داخليا وخارجيــا للإنسان، ويجعله يجد ما يتمسك به وقت الأزمات والصعوبات والتي لابد منها لكل فرد مِنَّا، بل ويجد في المعاناة نفسها ومعناها دافعا أقوى للبقاء والمكافحة حتى يصل ذلك إلى حد التلذّذ بها أحيانا. فتسمو فاعليته الذاتية وتتأثر وتعود ثمارها بإكساب مريض الاضطرابات القلبية الوعائية أنماطا سلوكية صحية تساعده على المحافظة على نشاطه وصحته القلبية، كما نستنتج مدى أهمية هذه المتغيرات في تنفيذ السلوك الصحي. فهي تعمل كوسائط بين سلوك الفرد وصحته، فكلما كان تدين الفرد مرتفعا، كلما كان ميل الفرد واعتقاده الايجابي في قدراته الذاتية، وهكذا يدرك الفرد أهمية ذلك فيتبع التعليمات الوقائية التي تخدم صحته، ويناضل من أجل استعادة عافيته بأساليب مشبعة بالمثابرة اللازمة لمواجهة الأحداث وإبقائها تحت سيطرته.

الجانب التطبيقي



الفصل الخامس

منهج و إجراءات الدراسة

تمهيد

أولاــ منهج الدراسة.

ثانياــ عينة الدراسة.

ثالثاــ أدوات الدراسة.

رابعاــ إجراءات الدراسة.

خامساــ الأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس: منهج و إجراءات الدراسة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل وصفا لمنهج الدراسة وعينتها والأدوات المستخدمة لجمع البيانات وإجراءات تطبيق الدراسة وأسلوب المعالجة الإحصائية للبيانات.

أولا ـــ منهج الدراسة:

عندما يتمعن الفرد في أسباب التقدم الذي حازت عليه بعض الأمم الصغيرة بسرعة فائقة، يدرك السر في ذلك فيجد هذه الأمم قد اتبعت طرق وأساليب علمية رصينة ضمن منهجية معينة، وعليه فإن أساس البحوث العلمية الدقيقة هو العمل الممنهج، أي العمل القائم بذاته على منهج واضح علمي موضوعي.

والمنهج العلمي هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة. (عليان، ر.، و غنيم، ع.، 2000، ص. 30).

ومناهج البحث تختار وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته، وبما أن موضوع الدراسة الحالية هو: التدين وعلاقته بالفاعلية الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية. فقد اُتُبع في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي الذي يتناول دراسات وأحداث وظواهر قائمة وموجودة.

والمنهج الوصفي طريقة في البحث عن الحاضر، وتهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة تمهيدا للإجابة على تساؤلات محددة مسبقا بدقة تتعلق بالظواهر الحالية، والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث، وذلك باستخدام أدوات مناسبة. (الأغا، إحسان، 2002، ص. 75).

ولأنه أيضا أسلوبا من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة محددة من خلال فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية تم تفسيرها بطريقة موضوعية، وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة. (ذوقان، ع.، و عبد الرحمن، ع.، و كايد، ع.، 1982، ص. 176).

ويتكفل هذا المنهج بوصف الظاهرة وصفا دقيقا من خلال التعبير النــوعي، ودراسة العلاقات التي توجد بين هذه الظاهرة والظواهر الأخرى، والتعبير عنهــا بشكل كمي.

ثانيا ــ عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من:

1 ــ عينة الدراسة الاستطلاعية: تمثلت في التالي:

أ ــ حدود الدراسة الاستطلاعية: اشتملت على الحدود التالية:

1 ــ الحدود المكانية:

تحدد إجراء الدراسة الميدانية بالمركز الإستشفائي الجامعي بمدينــة ســطيف قسم أمراض القلب.

2 ــ الحدود الزمنية:

تــم إجــراء هــذه الدراســة رســميا مــن: 2010/11/15 إلــى غايــة 2010/12/15.

3 ــ الحدود البشرية:

لقد اعتمدت الدراسة على عينة عرضية قوامها (30) فردا يعاني من مرض وعائي قلبي.

ب ــ التعريف بالعينة:

تكونت العينة الاستطلاعية للبحث من (30) مريضا، من أجل التأكــد مــن الخصائص السايكومترية لأدوات الدراسة حيث تراوح المدى العمري للعينة بــين (14ــ85) سنة، بمتوسط عمري مقداره (48.23) سنة، وانحراف معياري قــدر بــ: (19.40) سنة، وقد استخدمت طريقة العينات العرضــية لكونهــا الطريقــة المناسبة، ولعدم وجود إحصاءات للمجتمع الأصلي لمرضى الاضطرابات الوعائية القلبية القاطنين بولاية سطيف. والجدول التالي يبين الخصائص العامة للعينة.

جدول رقم (1)

يبين خصائص العينة الاستطلاعية إجمالا

العدد	المدى العمري بالسنوات	المتوسط الحسابي بالسنوات	الانحراف المعياري بالسنوات
30	14ــ 85	48.23	19.40

واشتملت هذه العينة على قسمين فرعيين هما:

1ــ عينة الذكور:

تكونت من (21) مريضا، بنسبة (70.00 %)، وبمتوسط عمري قدره (51.19) سنة، وانحراف معياري قدر بـ: (18.40) سنة، وتراوح المستوى التعليمي لهم من: الأميين (**23.81** %)، الابتدائيين (**23.81** %)، المتوسطين (**19.05** %)، الثانويين (**23.81** %)، الجامعيين (**09.52** %)، وبالنسبة للإزمان فتراوح المدى ما بين (1ــ 360) شهرا، وبمتوسط حسابي قدره (46.33) شهرا.

2ــ عينة الإناث:

تكونت من (09) مريضات، بنسبة (30.00 %)، وبمتوسط عمري قدره (41.33) سنة، وانحراف معياري قدر بـ: (21.02) سنة، وتراوح المستوى التعليمي لهن من: الأميات (**44.45** %)، الابتدائيات (**00.00** %)، المتوسطات (**22.22** %)، الثانويات (**33.33** %)، الجامعيات (**00.00** %)، وبالنسبة للإزمان فتراوح المدى ما بين (1ــ 348) شهرا، وبمتوسط حسابي قدره (77.78) شهرا.

ج ـ خصائص العينة:

جدول رقم (2)

يبين خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس والسن

السن / الجنس	العدد	النسبة المئوية %	المتوسط بالسنوات	الانحراف المعياري
ذكور	21	70.00	51.19	18.40
إناث	09	30.00	41.33	21.02

جدول رقم (3)

يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب مستواهم التعليمي

الجنس م. التعليمي	ذكور		إناث		المجموع	النسبة المئوية %
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %		
أمي	5	23.81	4	44.45	9	30.00
ابتدائي	5	23.81	0	00.00	5	16.67
متوسط	4	19.05	2	22.22	6	20.00
ثانوي	5	23.81	3	33.33	8	26.67
جامعي	2	09.52	0	00.00	2	06.66
المجموع	21	100	09	100	30	100

جدول رقم (4)

يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الإزمان

الإزمان بالشهور / الجنس	مدى الإزمان بالشهور	متوسط الإزمان بالشهور
ذكور	1ــ 360	46.33
إناث	1ــ 348	77.78

2ــ عينة الدراسة الأساسية: تمثلت في التالي:

أ ــ حدود الدراسة الأساسية: اشتملت على الحدود التالية:

1 ــ الحدود المكانية:

تحدد إجراء الدراسة الميدانية بالمركز الإستشفائي الجامعي بمدينـــة ســـطيف قسم أمراض القلب.

2 ــ الحدود الزمنية:

تـــم إجـــراء هـــذه الدراســـة رســـميا مـــن: 2010/12/20 إلـــى غايـــة 2011/02/15.

3 ــ الحدود البشرية:

لقد اعتمدت الدراسة على عينة عرضية قوامها (62) فردا يعاني من مرض وعائي قلبي.

ب ــ التعريف بالعينة:

تألفت عينة الدراسة من (62) مريضا من مرضى الاضـــطرابات الوعائيـــة القلبية القاطنين بولاية سطيف، تم اختيارهم بالطريقة العرضية، نظرا لعدم وجود إحصاءات رسمية بالدولة الجزائرية حول هذه الفئة من المرضى. تراوح المـــدى العمري للعينة بين (14ــ86) سنة، بمتوسط عمري مقـــداره (48.38) ســـنة ، وانحراف معياري قدر بـــ: (17.73) سنة. والجدول التـــالي يبـــين الخصـــائص العامة للعينة.

جدول رقم (5)

يبين خصائص العينة الأساسية إجمالا

العدد	المدى العمري بالسنوات	المتوسط الحسابي بالسنوات	الانحراف الانحراف المعياري
62	14ــ86	48.38	17.73

واشتملت هذه العينة على قسمين فرعيين هما:

1ـ عينة الذكور:

تكونت من (39)مريضا، بنسبة (62.90 %)، وبمتوسط عمري قدره (51.43) سنة، وانحراف معياري قدر بـ: (16.78) سنة، وتراوح المستوى التعليمي لهم من: الأميين (23.08 %)، الابتدائيين (17.95 %)، المتوسطين (12.82 %)، الثانويين (25.64 %)، الجامعيين (20.51 %)، وبالنسبة لمدى الإزمان فتراوح بين (01 ـ 360) شهرا، وبمتوسط حسابي قدره (40.71) شهرا.

2ـ عينة الإناث:

تكونت من (23)مريضة، بنسبة (37.10 %)، وبمتوسط عمري قدره (43.21) سنة، وانحراف معياري قدر بـ: (18.46) سنة، وتراوح المستوى التعليمي لهن من: الأميات (26.09 %)، الابتدائيات (08.70 %)، المتوسطات (17.39 %)، الثانويات (30.43 %)، الجامعيات (17.39 %)، وبالنسبة لمدى الإزمان فتراوح بين (01 ـ 360) شهرا، وبمتوسط حسابي قدره (98.73) شهرا.

ج ـ خصائص العينة:

جدول رقم (6)

يبين خصائص العينة الأساسية حسب الجنس والسن

السن / الجنس	العدد	النسبة المئوية %	المتوسط بالسنوات	الانحراف المعياري
ذكور	39	62.90	51.43	16.78
إناث	23	37.10	43.21	18.46

جدول رقم (7)

يبين توزيع أفراد العينة الأساسية حسب مستواهم التعليمي

الجنس م. التعليمي	ذكور		إناث		المجموع	النسبة المئوية %
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %		
أمي	9	23.08	6	26.09	15	24.20
ابتدائي	7	17.95	2	08.70	9	14.50
متوسط	5	12.82	4	17.39	9	14.50
ثانوي	10	25.64	7	30.43	17	27.40
جامعي	8	20.51	4	17.39	12	19.40
المجموع	39	100	23	100	62	100

جدول رقم (8)

يبين توزيع أفراد العينة الأساسية حسب مدى الإزمان

الإزمان بالأشهر / الجنس	مدى الإزمان	متوسط الإزمان	الانحراف المعياري
ذكور	360 ـــ 01	40.71	82.17
إناث	360 ـــ 01	98.73	113.59
الكل	360 ـــ 01	62.24	98.27

جدول رقم (8 أ)

يبين توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الإزمان

الإزمان الأشهر	ذكور		إناث		مجموع التكرارات	النسبة %
	التكرارات	النسبة%	التكرارات	النسبة%		
1	16	41.03	4	17.39	20	32.26
2	3	7.69	0	0.00	3	4.84
3	0	0.00	1	4.35	1	1.61
6	2	5.13	0	0.00	2	3.23
8	0	0.00	1	4.35	1	1.61
12	3	7.69	2	8.70	5	8.06
18	1	2.56	0	0.00	1	1.61
24	4	10.26	1	4.35	5	8.06
36	2	5.13	1	4.35	3	4.84
48	1	2.56	1	4.35	2	3.23
60	2	5.13	1	4.35	3	4.84
72	0	0.00	1	4.35	1	1.61
84	0	0.00	1	4.35	1	1.61
120	1	2.56	0	0.00	1	1.61
108	0	0.00	2	8.70	2	3.23
132	0	0.00	2	8.70	2	3.23
168	1	2.56	0	0.00	1	1.61
192	0	0.00	1	4.35	1	1.61
228	0	0.00	1	4.35	1	1.61
240	1	2.56	0	0.00	1	1.61
276	1	2.56	0	0.00	1	1.61
300	0	0.00	1	4.35	1	1.61
348	0	0.00	1	4.35	1	1.61
360	1	2.56	1	4.35	2	3.23
المجموع	**39**	**100.00**	**23**	**100.00**	**62**	**100.00**

ثالثاـ أدوات الدراسة: أُستخدِم في الدراسة الحالية الأدوات التالية:

ـ مقياس السلوك الديني: إعداد موسى صبحي موسى القدرة (2007).

ـ مقياس فاعلية الذات: إعداد نادية سراج جان (2000).

1ـ مقياس السلوك الديني: إعداد موسى صبحي موسى القدرة (2007).

أ ـ وصف مقياس السلوك الديني:

أعد هذا المقياس موسى صبحي (2007)، (ملحق رقم:1)، وهو مقياس يتعلق بقياس السلوك الديني لأفراد العينة، في ضوء الإطار النظري للبحث ومراجعة الدراسات السابقة وضع الباحث تعريفا إجرائيا للتدين، ثم قام بمراجعة العديد من الكتب والدراسات السابقة، واطلع أيضًا على مجموعة من المقاييس التي تناولت السلوك الديني، مثل: مقياس الاتجاه الديني لدى طلاب وطالبات الجامعة من إعداد (علي محمود شعيب)، ومقياس الالتزام الديني التي أعدته (طريفة الشويعر)، ومقياس الوعي الديني وهو من إعداد (عبد الرقيب البحيري، وعادل دمرداش). ويتكون المقياس الحالي من أركان الإيمان وأركان الإسلام، والعشرات من شعب الإيمان (مثل: الواجبات، العبادات، السنة، المعاملات والسلوكيات). ومن أجل ذلك تم تصميمه من (60) بندا، ثم قام الباحث بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية البالغ قوامها (60) طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة الإسلامية بغزة بهدف تقنينه، وبعد تصحيح وتبويب النتائج تم حساب صدق وثبات هذا المقياس. (القدرة، موسى، 2007، ص. 99).

ب ـ صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس بثلاثة طرق:

1 ـ صدق المحكمين:

عرض المقياس على مجموعة من (7) محكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية متخصصين في التربية وعلم النفس والإحصاء، وقد قبلت البنود التي وافق عليها أكثر من (5) محكمين، وعدلت التي وافق عليها (3) محكمين، ورفضت التي وافق عليها أقل من (3) محكمين، وبذلك خرج الاستبيان في صورته النهائية. (القدرة، موسى، 2007، ص. 100).

2 ــ صدق الاتساق الداخلي:

حسبت معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس لأفراد العينة، والمعدل الكلي للمجال، وكانت جميعها دالة عند مستوى دلالة (0.01) و (0.05)، وتراوحت المعاملات ما بين (0.15 – 0.68)، وبذلك تعتبر بنود المقياس صادقة لما وضعت لقياسه. (القدرة، موسى، 2007، ص. 101).

3 ــ الصدق البنائي للمجالات:

للتحقق من الصدق البنائي للمجالات قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين كل مقياس والمعدل الكلي لبنود المقاييس مجتمعة، وقد جاء معامل الارتباط مساويا (0.94) عند مستوى دلالة (0.01)، وهو مؤشر لصدق المقياس. (القدرة، موسى، 2007، ص. 101).

ج ــ ثبات المقياس:

تم حساب ثبات الدرجة الكلية على العينة نفسها، بطريقة التجزئة النصفية معادلة سبيرمان – براون، وبلغ (0.80)، وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) و (0.05). وبطريقة معامل ألفا كرونباخ، وبلغ (0.90) وتدل على وجود معاملات ثبات كبيرة ودالة إحصائيا. (القدرة، موسى، 2007، ص ص. 102-103).

د ــ تصحيح المقياس:

يحتوي مقياس السلوك الديني على (60) بندا، أمام كل بند خمس اختيارات هي: تنطبق علي تماما، تنطبق علي كثيرا، تنطبق علي أحيانا، تنطبق علي قليلا، لا تنطبق علي إطلاقا. تصحح وفق التدرج 5، 4، 3، 2، 1 للمفردات الإيجابية، والعكس للمفردات السلبية، والعبارات السلبية هي: 2، 15 بالنسبة للرجال، و2 ، 6، 15 بالنسبة للنساء. والدرجة المرتفعة للمقياس تشير إلى مستوى عال من التدين. (القدرة، موسى، 2007، ص. 99).

2 ــ الصدق والثبات لمقياس السلوك الديني في الدراسة الحالية:

أ ــ وصف مقياس التدين:

تم إدخال تعديل طفيف على المقياس ليتلاءم مع عينة الدراسة، حيث تم تعديل العبارة 7 احرص على أداء صلاة الفجر في المسجد، فأصبحت احرص على أداء

صلاة الفجر في وقتها. وكذلك العبارة رقم 16 أحافظ على صيامي ألا ينتابه خدش، فأصبحت أحافظ على صيامي لكي لا يحدث له ما يفسده. واستبدلت العبارة رقم 31 التي تنص على استأذن والدي قبل الخروج للجامعة، وأصبحت أزور المرضى.

ب ــ صدق المقياس:

أجريت دراسة استطلاعية لمقياس السلوك الديني من إعداد موسى القدرة (2007) من خلال تطبيقه على عينة من مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية بولاية سطيف، والذين بلغ عددهم (30) مريضا، ومتوسط أعمارهم (48.23) سنة، بانحراف معياري قدره (19.40) سنة، من أجل التأكد من أن مفردات المقياس مفهومة وواضحة للمرضى، وأنه لا توجد صعوبة في الإجابة عليها، وكذلك للتأكد من ثبات وصدق المقياس في البيئة المحلية، وقد كانت النتائج كما يلي :

1 ــ صدق المحتوى:

تم حساب معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس، و فيما يلي عرض للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية للصدق.

- **معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس:**

جدول رقم(9) يوضح معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لمقياس التدين

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.63 **	31	0.66 **
2	-0.11	32	0.41 *
3	0.40 *	33	0.46 *
4	0.45 *	34	0.48 **
5	0.55 **	35	0.66 **
6	0.32	36	0.64 **
7	0.54 **	37	0.53 **
8	0.52 **	38	0.55 **
9	0.46 *	39	0.54 **
10	0.38 *	40	0.56 **
11	0.59 **	41	0.48 **
12	0.67 **	42	0.51 **
13	0.62 **	43	0.59 **
14	0.48 **	44	0.47 **
15	-0.90	45	0.49 **
16	0.35	46	0.55 **
17	0.22	47	0.57 **
18	0.56 **	48	0.51 **
19	0.48 **	49	0.46 *
20	0.35	50	0.45 *
21	0.14	51	0.35
22	0.63 **	52	0.58 **
23	-0.03	53	0.40 *
24	0.50 **	54	0.34
25	0.53 **	55	0.24
26	0.42 *	56	0.51 **
27	0.64 **	57	0.14
28	0.51 **	58	0.61 **
29	0.61 **	59	0.53 **
30	0.30	60	0.53 **

** دال عند 0.01.   * دال عند 0.05.

يتضح من الجدول(9) أن13عبارة غير دالة، وأن47 عبارة دالة عند مستوى 0.01، و0.05، وتراوحت معاملاتها ما بين (0.38–0.67)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه.

2ـ صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

تم حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأرباعي الأعلى، ومتوسطات مجموعة الأرباعي الأدنى، باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

جدول رقم (10)

يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس السلوك الديني

المتغير	مرتفعي الدرجات ن = 15		منخفضي الدرجات ن = 15		قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع			
السلوك الديني	257.06	22.39	213.66	14.55	6.29	28	0.01

يتضح من الجدول رقم (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس السلوك الديني، وهذا يعني أن المقياس صادق.

ج ــ ثبات المقياس:

استخدمت طريقة معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات مقياس السلوك الديني، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (11)

يوضح معامل ثبات ألفا لمقياس السلوك الديني.

عدد البنود	معامل ثبات ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
60	0.86	0.78

يلاحظ من خلال الجدول (11) أن قيمة معامل ثبات ألفا للدرجة الكلية لمقياس السلوك الديني هي (0.86)، وبعدها تصحيح الطول بمعادلة براون سيبرمان بلغ المعامل (0.78)، وهي قيمة مرتفعة تدل على درجة ثبات المقياس.

3 ــ مقياس فاعلية الذات: إعداد نادية سراج جان (2000):

أ ــ وصف مقياس فاعلية الذات:

أعدت هذا المقياس نادية سراج جان (2000)، (ملحق رقم:2) ، وهو مقياس يتعلق بقياس فاعلية الذات لأفراد العينة، في ضوء الإطار النظري للبحث ومراجعة الدراسات السابقة، وضعت الباحثة تعريفا إجرائيا لفاعلية الذات، ثم قامت بمراجعة العديد من الدراسات والنظريات المتحدثة عن فاعلية الذات، وأطلعت أيضًا على مجموعة من المقاييس التي تناولت فاعلية الذات في بيئات أجنبية، مثل: مقياس فاعلية الذات (Self-efficacy Scale)، إعداد شيرير وآخرون (Sherere & al.,1982)، وهو مقياس عام لفاعلية الذات يغطي مجالات فاعلية الذات الثلاثة (المبادأة في السلوك ــ مقدار الجهد والطاقة المبذولة ــ المثابرة في وجه الصعوبات)، ويتضمن (17) بندا عاما، و(7) بنود فرعية لقياس الفاعلية الاجتماعية.

ومقياس مجالات التحكم (Spheres of Control) (SOC)، إعداد بولهوس (Paulhus, 1983)، وهو مقياس معد لقياس فاعلية الذات في ثلاث مجالات (فاعلية الذات الشخصية ــ فاعلية الذات في التحكم في العلاقات الاجتماعية ــ فاعلية الذات في مجال التأثير على الحياة الاجتماعية العامة).

وقائمة حل المشكلات الشخصية (Personal Problem Solving Inventory)، إعداد هبنر وبترسين (Heppner & Petersen, 1982)، وهو معد لقياس ثقة الفرد في قدرته على حل المشكلات، ويحتوي ثلاثة أبعاد، البعد الأول يعبر عنه (16) بندا تقيس ثقة الفرد في قدرته على حل المشكلات. والبعد الثاني يشمل (16) بندا تقيس أساليب التفكير الاحجامية، وأساليب التفكير الإقدامية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المشكلات. والبعد الثالث يتضمن (5) بنود تقيس ثقة الفرد في قدرته على التحكم الذاتي.

ومقاييس التقرير الذاتي للتحكم التنظيمي (Self-report Measures of Regularoty)، إعداد فيبس وفيزنبرخ (Fabes & Fiseynberg, 1999)، يتكون المقياس من (58) بندا موزعة على (6) أبعاد (القدرة على تركيز الانتباه

ـ القدرة على تحويل الانتباه ـ القدرة على كبح السلوك الاندفاعي ـ تنشيط السلوك (المبادأة) ـ القدرة على التحكم الفيزيولوجي (الاسترخاء) ـ الصبر والاحتمال).

ومقياس التحكم في الانفعالات (E.C.Q.) (Emotion Control Questionnaire)، ويتكون من (5) أبعاد (القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية ـ القدرة على التحكم في التعبير عن الانفعالات السلبية ـ القدرة على التحكم في الأفكار التي تثير الانفعالات السلبية ـ القدرة على الصبر والاحتمال ـ القدرة على استعادة التحكم).

في ضوء المعلومات السابقة أعدت الباحثة مقياس فاعلية الذات المتكون من أربعة مجالات (فاعلية الذات التعايشية، فاعلية الذات الاجتماعية، فاعلية الذات المعرفية، فاعلية الذات الانفعالية). ومن أجل ذلك تم تصميمه من (60) بندا، ثم قامت بتطبيقه على العينة الاستطلاعية البالغ قوامها (96) طالبة من طالبات كلية التربية للبنات بجامعة الملك سعود، بهدف تقنينه وبعد تصحيح وتبويب النتائج تم استبعاد (6) بنود لأنها لم تحقق درجة مقبولة من الثبات أو الصدق، كما تم تعديل بعض العبارات الغامضة، ثم تم حساب صدق وثبات المقياس. (عبد العزيز الحسين، أسماء، 2002، ص ص. 785-787).

ب ـ صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس بطرقتين:

1 ـ صدق المحكمين:

عرض المقياس على مجموعة من (13) محكما من أعضاء هيئة التدريس في جامعة الملك سعود وكلية التربية للبنات المتخصصين في علم النفس، وقد قبلت البنود التي بلغت نسبة الاتفاق عليها من (80- 100 %)، مع تعديل العبارات التي اقترح تعديلها. (عبد العزيز الحسين، أسماء، 2002، ص. 787).

2 ـ صدق الاتساق الداخلي:

حسبت معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد، وكذلك تم حساب درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس لمعرفة مدى تجانس هذه البنود

والأبعاد، ومناسبتها لقياس فاعلية الذات. وقد أظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوحت المعاملات ما بين (0.21 – 0.65)، كما أظهرت النتائج أيضا أن الأبعاد المكونة للمقياس ذات معاملات ارتباط عالية الدلالة مع الدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت درجة الارتباط ما بين (0.77-0.89)، مما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق. (عبد العزيز الحسين، أسماء، 2002، ص ص. 788-790).

ج ــ ثبات المقياس: تم حساب معامل الثبات بطريقتين:

1 ــ طريق إعادة التطبيق:

تم إعادة تطبيق الاختبار بعد مرور فترة (14) يوما من التطبيق الأول، وقد بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.90).

2 ــ طريقة معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، حيث حازت الأبعاد الفرعية على معاملات ثبات جيدة، حيث تراوحت بين (0.65-0.74) قبل إعادة التطبيق، ومابين (0.68-0.74) بعد إعادة التطبيق. أما المقياس بصورته الكلية فقد بلغ (0.88) قبل الإعادة، و(0.90) بعد الإعادة. وعليه فالمقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات. (عبد العزيز الحسين، أسماء، 2002، ص ص. 790-791).

د ــ تصحيح المقياس:

يحتوي مقياس فاعلية الذات على (54) بندا، أمام كل بند خمس اختيارات هي: دائما، كثيرا، لا أدري، أحيانا، نادرا. تصحح وفق التدرج 5، 4، 3، 2، 1 للمفردات الإيجابية ، والعكس للمفردات السلبية، والعبارات السلبية هي: 2، 4، 9، 15، 16، 17، 20، 21، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 32، 34، 35، 36، 39، 40، 41، 54. كما تم توزيع المقياس على أربعة أبعاد وهي كالتالي:

- **بعد فاعلية الذات التعايشية:**

ويتكون من (11) بندا ويشمل (3) مجالات (المبادأة في السلوك ــ مقدار الجهد المبذول ودرجة المثابرة في وجه الصعوبات ــ قوة الاعتقاد بالقدرة على

التعامل مع المشكلات). ويتمثل هذا البعد في البنود التالية: 2، 3، 6، 7، 13، 19، 25، 27، 31، 36، 43.

- **بعد فاعلية الذات الاجتماعية:**

يتكون من (13) بندا ويشمل (3) مجالات (المبادرة في تكوين العلاقات الاجتماعية ــ المحافظة على العلاقات الاجتماعية ــ مهارات التواصل التوكيدية). ويتمثل هذا البعد في البنود التالية: 4، 5، 8، 11، 12، 14، 15، 20، 22، 24، 30، 38، 40.

- **بعد فاعلية الذات المعرفية (الإدراكية):**

يتكون من (10) بنود ويشمل (4) محاور (القدرة على التحكم في الأفكار المزعجة ــ التفكير المنظم ــ القدرة على الانتباه ــ والقدرة على اتخاذ القرارات والبث في الأمور). ويتمثل هذا البعد في البنود التالية: 1، 9، 10، 16، 23، 26، 32، 33، 34، 41.

- **بعد فاعلية الذات الانفعالية (الوجدانية):**

يتكون من (20) بندا ويشمل (7) مجالات (السيطرة على الغضب ــ السيطرة على الحزن ــ السيطرة على القلق ــ السيطرة على الخوف ــ القدرة على الاسترخاء ــ القدرة على التحكم الفيزيولوجي ــ التحكم في السلوك الظاهري). ويتمثل هذا البعد في البنود التالية: 17، 18، 21، 28، 29، 35، 37، 39، 42، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54. (عبد العزيز الحسين، أسماء، 2002، ص. 792).

4 ــ الصدق و الثبات لمقياس فاعلية الذات في الدراسة الحالية:

أ ــ وصف مقياس فاعلية الذات:

تم تعديل المقياس ليتلاءم مع عينة الدراسة، حيث كان المقياس موجه للإناث في بعض عباراته فتم تعميمها ليصبح موجه للجنسين معا، والعبارات التي مسها التعديل هي: 4، 5، 8، 10، 24، 31، 35، 52، (فتاة لا أعرفها، في صداقاتها، بصديقاتي، الممكنة لها، على الأخريات، قادرة، منشغلة، مضطربة)،

فأصبح (فرد لا أعرفه، في صداقته، بأصدقائي، الممكنة للمشكلة، على الآخرين، قادر، منشغل، مضطرب).

ب ــ صدق المقياس:

أجريت دراسة استطلاعية لمقياس فاعلية من إعداد نادية سراج جان (2000) من خلال تطبيقه على عينة من مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية بولاية سطيف، والذين بلغ عددهم (30) مريضا ومتوسط أعمارهم (48.23) سنة، بانحراف معياري قدره (19.40) سنة، من أجل التأكد من أن مفردات المقياس مفهومة وواضحة للمرضى، وأنه لا توجد صعوبة في الإجابة عليها، وكذلك للتأكد من ثبات وصدق المقياس في البيئة المحلية، وقد كانت النتائج كما يلي:

1 ــ صدق المحتوى:

تم حساب معامل ارتباط كل بعد من أبعاد مقياس فاعلية الذات بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يعرض النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية للصدق.

جدول رقم(12)

يوضح معامل ارتباط كل بعد من أبعاد مقياس فاعلية الذات بالدرجة الكلية للمقياس

م	الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	**البعد الأول: فاعلية الذات التعايشية**	0.65	0.01
2	**البعد الثاني: فاعلية الذات الاجتماعية**	0.73	0.01
3	**البعد الثالث: فاعلية الذات المعرفية**	0.84	0.01
4	**البعد الرابع: فاعلية الذات الانفعالية**	0.83	0.01

يتضح من الجدول (12) أن جميع الأبعاد دالة عند مستوى (0.01)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي كما يشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة و كافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية.

2 ـ صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

تم حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأرباعي الأعلى، ومتوسطات مجموعة الأرباعي الأدنى، باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات، و الجدول التالي يبين المقصود.

جدول رقم (13)

يوضح صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) لمقياس فاعلية الذات بأبعادها

الأبعاد	مرتفعي الدرجات ن = 16		منخفضي الدرجات ن = 14		قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع			
فاعلية الذات التعايشية	45.37	4.39	35.64	5.94	5.14	28	0.01
فاعلية الذات الاجتماعية	46.25	6.17	38.64	4.63	3.77	28	0.01
فاعلية الذات المعرفية	36.31	4.01	28.36	5.51	4.55	28	0.01
فاعلية الذات الانفعالية	70.06	9.53	54.43	10.01	4.37	28	0.01
الدرجة الكلية	195.06	11.70	154.57	16.40	7.85	28	0.01

يتضح من الجدول رقم (13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات، على جميع أبعاد مقياس فاعلية الذات، و هذا يعني أن المقياس صادق.

ج ـ ثبات المقياس:

استخدمت طريقة معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات أبعاد مقياس فاعلية الذات والدرجة الكلية والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (14)

يوضح معامل ألفا كرونباخ لجميع أبعاد مقياس فاعلية الذات والدرجة الكلية

م	أبعاد مقياس فاعلية الذات	معامل ثبات ألفا كرونباخ
1	البعد الأول: فاعلية الذات التعايشية	0.65
2	البعد الثاني: فاعلية الذات الاجتماعية	0.73
3	البعد الثالث: فاعلية الذات المعرفية	0.84
4	البعد الرابع: فاعلية الذات الانفعالية	0.83
	الدرجة الكلية	0.82

يتضح من الجدول رقم (14) أن قيمة معامل الثبات لدرجات الأبعاد تراوحت بين (0.65 ــ 0.84)، و أما الدرجة الكلية للمقياس فكانت(0.82)، وهي قيم مرتفعة تدل على ثبات المقياس.

رابعا ــ إجراءات الدراسة:

أقيمت الدراسة وفق الخطوات التالية:

1 ــ إلقاء الضوء على بعض الأطر النظريـــة والدراســـات الســـابقة المتعلقـــة بمتغيرات الدراسة.

2 ــ اختيار المقاييس المناسبة حيث تم اختيار كل من مقيـــاس الســـلوك الـــديني لموسى صبحي موسى القدرة (2007)، ومقياس فاعلية الذات لنادية سراج جـــان (2000).

3 ــ تم تطبيق أدوات الدراسة الحالية مقياس السلوك الديني، ومقياس فاعلية الذات على عينة استطلاعية مكونة من (30) مريضا من مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية بولاية سطيف للتأكد من صدق وثبات المقاييس في البيئة المحلية.

4 ــ تم تطبيق أدوات الدراسة الحالية مقياس السلوك الديني، ومقياس فاعلية الذات على عينة أساسية مكونة من (62) مريضا من مرضى الاضـــطرابات الوعائيـــة القلبية الوعائية بولاية سطيف للتحقق من فروض الدراسة الارتباطية والفارقة.

5 ــ تصحيح المقاييس والجداول للبيانات واستخلاص النتائج وتفسيرها ومناقشتها.
6 ــ صياغة التوصيات والمقترحات في ضوء نتائج الدراسة المتحصل عليها.

خامسا ــ الأساليب الإحصائية:

للتحقق من فروض الدراسة استخدام برنامج الحزمــة الإحصــائية للعلــوم الاجتماعية الإصدار رقم 18(SPSS 18)، كما تم الاعتماد على عــدد مــن الأساليب الإحصائية وهي:

1 ــ معامل ارتباط بيرسون لفحص العلاقة بين سلوك التدين وفاعلية الذات.
2 ــ اختبار (ت) (T.Test) لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات المرضى في المتغيرات المعنية في الدراسة الحالية.
3 ــ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
4 ــ معامل ألفا كرونباخ لحساب الاتساق الداخلي للاختبار.

الفصل السادس

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولا ــ نتائج الفرض الأول ومناقشتها.

ثانيا ــ نتائج الفرض الثاني ومناقشتها.

ثالثا ــ نتائج الفرض الثالث ومناقشتها.

رابعا ــ نتائج الفرض الرابع ومناقشتها.

خامسا ــ نتائج الفرض الخامس ومناقشتها.

الفصل السادس: نتائج الدراسة ومناقشتها

يتناول هذا الفصل النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية ومناقشتها وذلك في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وتم عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها على النحو التالي:

أولاـ نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات المرضى في التدين ودرجاتهم في فاعلية الذات بأبعادها، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية:

جدول رقم(15)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجات التدين ودرجات فاعلية الذات بأبعادها

م	أبعاد فاعلية الذات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	فاعلية الذات التعايشية	62	0.35 **	دال
2	فاعلية الذات الاجتماعية		0.46 **	دال
3	فاعلية الذات المعرفية		0.31 **	دال
4	فاعلية الذات الانفعالية		0.42 **	دال
	الدرجة الكلية		0.52 **	دال

** دال عند 0.01.

يتضح من الجدول رقم(15) وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات المرضى في متغير التدين بدين الإسلام ودرجاتهم في متغير

فاعلية الذات بأبعادها، حيث بلغت قيم معاملات الارتباط (0.35، 0.46، 0.31، 0.42، 0.52) وهي قيم دالة إحصائيا عند مستوى (0.01) مما يشير إلى تحقق صحة هذا الفرض. وهذا يعني أنه كلما كانت درجة تدين الأفراد مرتفعة كلما ارتفعت درجة فاعلية الذات لديهم.

اتفقت نتيجة هذا الفرض مع ما توصلت إليه العديد من نتائج الدراسات، فقد أثبت شافر ولينور وساد (Shaver, Lenouer, & Sadd, 1980)، وجورج ومكينمارا (George, & Mcnamara, 1984) في دراساتهم بأن هناك علاقة موجبة دالة إحصائياً بين التدين وأبعاد السعادة النفسية.

وأشار لارسون وآخرون (Larson, & all., 1989) في دراستهم إلى أن الأفراد المتدينين ينخفض لديهم ضغط الدم، بينما الأفراد أقل ديانة يرتفع لديهم ضغط الدم.

وتوصل كل من: هيث (Heath, D., 1993)، وفرانكل وهويت (Frankel, & Hewitt, 1994) في دراساتهم إلى أن هناك علاقة موجبة بين التدين والصحة الجسمية والنفسية والعاطفية والسعادة.

وخلص كل من: روربوغ وجيسر (Rohrbaugh, & Jessor, 1975)، وأدلف وسمارت (Adlaf, & Smart, 1985)، وهيمفري وليزلي وبريتين (Humphrey, Leslie, & Brittain, 1989)، ونيلسون (Nelson, P. B., 1989)، وكلارك وبيغلي وكوهران (Clarke, Beeghley, & Cochran, 1990)، وفرارو وكوش (Ferraro, & Koch, 1994)، في دراساتهم إلى أن للدين دور إيجابي على الصحة لدى السود وكبار السن، وأنه يساعدهم على الامتناع من تناول الخمور والمخدرات، ويحد من السلوكات المنحرفة لديهم.

وأثبت كل من: هادواي وإيلفسون وبيترسن (Hadaway, Elifson, & Petersen, 1984)، وستاك وواسرمان (Stack, & Wasserman, 1992)،(Stack, Wasserman, & Kposowa, 1994)، وجلبرت (Gilbert, K. 1992)، وروس (Ross, K., 1990)، في دراساتهم أثر التدين على المواقف والسلوكات الفعلية للطلاب، ووقايتهم من تبني فكرة الانتحار، ومساعدتهم على مقاومة منغصات الحياة، وأن الفرد المتدين أبعد الناس عن الاضطراب النفسي.

وأما تركي مصطفى (1978)، وعبد القادر أشرف (1986)، وكريمة حسن (1987)، والطائي نزار (1992)، ونصيف حكمت (2001) فقد توصلوا في دراساتهم إلى وجود علاقات ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيم الدينية والسمات الشخصية.

وخلص الشرقاوي مصطفى (1985) في دراسته إلى انعدام الأعراض العصابية عند مرتفعي التدين، وظهورها عند منخفضي التدين.

وظهر جليا الأثر الإيجابي لكل من تلاوة القرآن، والمداومة على الذكر والدعاء، والإيمان بالقضاء والقدر، والاستقامة على صحة الإنسان، في دراسات إسعاد البنا (1990)، ومحمد عرقسوسي (1412)، ومحمد درويش (1995)، وطريفة الشويعر (1408)، (1409).

وأما موسى رشاد (1993)، وفاطمة المهاجري (1409)، والخراز والزهراني (1412)، والدويرعات سليمان (1417)، وأمل بدر (1418)، وعلي المحيش (1419). فقد توصلوا في دراساتهم إلى الارتباط الموجب الدال إحصائياً بين التدين والصحة النفسية. ونستشف مما سبق إلى أن هناك علاقة موجبة بين

التدين فكلما استقام الفرد على الدين كلما سمت فاعليته الذاتية، وكلما كمل تدينه كملت فاعليته الذاتية، وقويت عزيمته.

ويمكن تفسير ذلك بأن التدين بما فيه من ممارسات وقيَم روحية يؤثر تأثيرا على حياة الفرد، وفي شخصيته، ويمنح للفرد الثقة بنفسه والقدرة على الصبر والقناعة والزهد والأمن والطمأنينة النفسية. (العيسوي، 1994، ص. 152).

والمواظبة على ذكر الله تعالى في كل الأوقات والأحوال، والتضرع إليه ودعائه تشعر الفرد أنه قريب من خالقه، وفي حمايته ورعايته فيغمره الشعور بالأمن والطمأنينة... وبفضل الخصال الحميدة المتأصلة في نفوس الأشخاص تكونت شخصياتهم تكوينا سويا متزنا متكاملا، وكان له أكبر الأثر في إحداث تغيرات بالغة الأهمية في جميع نواحي الحياة. (نجاتي، 2001، ص ص. 305-306).

كما أنّ تمسك الشخص بالسلوكات والقيام بالشعائر الدينية فيه حماية له من التردي في المعاصي كالزنا وتعاطي المسكرات والمخدرات، مما ينشئ لديه ضابطا ذاتيا يقيه من الإصابة بالاضطرابات النفسية ويدفعه إلى تحقيق اتزانه النفسي والاجتماعي. (عنو، عزيزة، 2005، ص. 65).

وللتدين وجود خارج شعور الأشخاص ليس من إبداعهم، وإنما يتلقاه الفرد من المجتمع الذي تربى فيه، بمعنى أنه ليس وليد التفكير الذاتي، بل يولد الأفراد ليجدوا الظواهر الدينية سابقة على مولدهم يعرفونها ويأخذون بها عن طريق التنشئة الاجتماعية والتعليم. (زيدان، 1982، ص ص. 552-559).

ثانياــ نتائج الفرض الثاني ومناقشتها.

توجد علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام والإزمان (مدة المرض) والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات المرضى في التدين والإزمان والسن، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية:

جدول رقم(16)
معاملات ارتباط بيرسون بين درجات سلوك التدين والإزمان

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
الإزمان	62	ــ 0.17	غير دال

يتضح من الجدول رقم(16) أن معامل الارتباط بين سلوك التدين والإزمان يساوي (ــ 0.17)، وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام والإزمان. مما يشير إلى عدم تحقق صحة الجزء الأول من الفرض.

والنتائج المتوصل إليها من إلغاء الارتباط بعكس ما توقعه الباحث الذي كان يتوقع الارتباط بناء على أن مدة المرض كلما كانت طويلة سيؤثر حتما على سلوك تدينه، فمعاناة الفرد للمرض لمدة طويلة ليست كمعاناته لمدة قصيرة، وفي هذه المدة يلجأ الفرد إلى الله تبارك وتعالى ويستقيم على أمره لكي يخفف عنه وبالتالي ترتفع درجة تدينه، وهذا ما أثبتته دراسة ميشالو (Michello, 1988, pp. 64-68) حيث توصل إلى أن العلاقة مع الله مرتبطة ايجابيا بدرجة دالة احصائيا مع

الرضا عن الصحة. وأما دراسة سشافر وجورسش(Schaefer, Gorsuch, 1993) فقد أثبتت أن الأفراد موضوع الدراسة مالوا لاستخدام أساليب مقاومة ضغوط الحياة التي تجعل لله دوراً فعالاً في تلك المقاومة. وقد بينت دراسة فيرارو وكوش (Ferraro, Koch, 1994) أن للممارسة الدينية لدى السود أثر إيجابي على صحتهم، وأن الدين لدى السود يعمل كأسلوب لمقاومة المشكلات الصحية التي واجهوها.

جدول رقم(17)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجات التدين والسن

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
السن	62	0.28 *	دال

*دال عند (0.05).

يتضح من الجدول رقم(17) وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام والسن، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.28) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (0.05)، مما يشير إلى تحقق صحة هذا الجزء الثاني من الفرض.

واتفقت نتائج هذا الجزء الثاني من الفرض مع دراسة شاربلين وزيكا (Chamberlain & Zika) التي أثبتا فيها وجود علاقة بين الهدف في الحياة والتدين وكان عاليا لدى المسنين، وأعلى منه لدى عينة الأمهات.(Shumaker, 1992, pp. 141-142). ودراسة نيلسون (Nelson, 1989) أن السود استخدموا الدين لمواجهة ضغوط مرحلة كبر السن وأزماتها.

ثالثاـ نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

توجد علاقة ارتباطية جوهرية بين فاعلية الذات بأبعادها والإزمان (مدة المرض) والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بتقسيم هذا الفرض إلى جزأين ثم تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات المرضى في فاعلية الذات بأبعادها والإزمان والسن، وفيما يلي عرض للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية:

جدول رقم(18)
معاملات ارتباط بيرسون بين درجات فاعلية الذات بأبعادها والإزمان

م	أبعاد فاعلية الذات	العينة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	فاعلية الذات التعايشية	62	ـ 0.31 **	دال
2	فاعلية الذات الاجتماعية		ـ 0.12	غير دال
3	فاعلية الذات المعرفية		ـ 0.26 *	دال
4	فاعلية الذات الانفعالية		0.09	غير دال
	الدرجة الكلية		0.23	غير دال

** دال عند (0.01). * دال عند (0.05).

يتضح من الجدول رقم (18) أن:

ـ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات التعايشية والإزمان يساوي (ـ 0.31 **) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01)، وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات التعايشية والإزمان.

ـ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات الاجتماعية والإزمان يساوي (ـ 0.12)، وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات الاجتماعية و الإزمان.

ـ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات المعرفية والإزمان يساوي (ـ 0.26 *) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات المعرفية والإزمان.

ـ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات الانفعالية و الإزمان يساوي (0.09)، وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات الانفعالية والإزمان.

ـ معامل الارتباط بين فاعلية الذات والإزمان يساوي (0.23)، وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين فاعلية الذات والإزمان.

دلت نتائج هذا الجزء من الفرض على وجود علاقة ارتباطية بين الإزمان وفاعلية الذات ببعديها التعايشية والمعرفية، واتفقت مع النتائج التي توصل إليها قاريس وآخرون (Garys. C., B.A., & M.S., 1999) من خلال دراستهم التي بحثوا فيها عن تأثير السن والجنس والإزمان في الفاعلية الذاتية لدى المرضى المزمنين، حيث كشفت نتائجهم أن ارتفاع درجة فاعلية الذات يقابله انخفاض في درجة الألم لدى المرضى المزمنين، وبينت أيضا أنه بالرغم من الخبرات الطويلة في المرض فإنه يؤدي فيما بعد إلى انخفاض في فاعلية الذات.

ويرجع السبب في ذلك إلى أن بعد فاعلية الذات التعايشية قد شمل (3) مجالات: المبادأة في السلوك، ومقدار الجهد المبذول ودرجة المثابرة في وجه الصعوبات، وقوة الاعتقاد بالقدرة على التعامل مع المشكلات، وأن بعد فاعلية الذات المعرفية قد شمل (4) محاور: القدرة على التحكم في الأفكار المزعجة، والتفكير المنظم، والقدرة على الانتباه، والقدرة على اتخاذ القرارات والبث في الأمور. وتلك المجالات والمحاور السابقة لها صلة بعلاقة الفرد مع نفسه، لذلك يسعى للتغلب على مرضه ومعاناته حتى يظهر أمام الغير بأنه قوي. وكما يحاول أن يعوض تلك المعاناة بإثبات قدرته على اتخاذ القرارات السليمة، والفصل في الأمور التي تقف عائقا في طريقه وتجاوزها بحسن التدبير والتفكير المنظم.

ولو رجعنا مرة ثانية إلى الجانب النظري لخلصنا إلى نتيجة عامة خاصة فيما يتعلق بمصادر فاعلية الذات، وحول تأثير اعتقادات الفرد في فاعليته الذاتية،

ولوجدنا أيضا أن هناك ارتباط بين فاعلية الذات والإزمان، ولتوصلنا إلى أنه كلما مالت الفكرة المسبقة عن إمكانات الفرد ومعلوماته نحو الايجابية كلما كان شعوره بارتفاع مستوى فاعليته الذاتية أكبر، وبما أن عينة البحث هي مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية فلو كانت فكرتهم عن المرض بأنه مزمن وملازم لهم طول حياتهم ــ أي أن المرض ومدته قد تكون سليمة ــ فهذا سيؤثر حتما على فكرتهم حول إمكاناتهم وقدراتهم ومعلوماتهم في تخطي هذا المرض، وقد تكون النتيجة انخفاض لفاعلية الذات.

كما أثبتت نتائج دراسة هذا الفرض أيضا عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإزمان وفاعلية الذات ببعديها الاجتماعية والانفعالية، وهي مخالفة لما تم التوصل إليه في دراسة (Garys. C., B.A., & M.S., 1999) السابقة.

ويرجع السبب في ذلك إلى أن بعد فاعلية الذات الاجتماعية قد شمل (3) مجالات: المبادرة في تكوين العلاقات الاجتماعية، والمحافظة على العلاقات الاجتماعية، ومهارات التواصل التوكيدية. وأن بعد فاعلية الذات الانفعالية قد شمل (7) مجالات: السيطرة على الغضب، والسيطرة على الحزن، والسيطرة على القلق، والسيطرة على الخوف، والقدرة على الاسترخاء، والقدرة على التحكم الفيزيولوجي، والتحكم في السلوك الظاهري.

وتلك المجالات السالفة الذكر لها صلة بعلاقة الفرد مع الغير، ولو نظرنا لحالة مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية والأمراض المزمنة الأخرى في مجتمعنا لوجدناهم منبوذين من طرف الأسرة والمجتمع، ولا يتلقون العناية المناسبة، فانعكست تلك الظروف سلبا على حالتهم الصحية. كما أثرت حالتهم الفيزيولوجية على انتباههم وعلى تفسيرهم للأحداث وإدراكها وتخزينها واسترجاعها فيما بعد. فولدت لديهم قلقا دائما، وسرعة الاستثارة، وتفضيل العزلة والأماكن الهادئة، وعدم الالتزام بالنصائح الطبية.

جدول رقم(19)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجات فاعلية الذات بأبعادها والسن

م	أبعاد فاعلية الذات	العينة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	فاعلية الذات التعايشية	62	ـــ 0.26 *	دال
2	فاعلية الذات الاجتماعية		0.06	غير دال
3	فاعلية الذات المعرفية		0.06	غير دال
4	فاعلية الذات الانفعالية		0.22	غير دال
	الدرجة الكلية		0.08	غير دال

* دال عند 0.05.

يتضح من الجدول رقم (19) أن:

ــ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات التعايشية والسن يساوي (ــ 0.26 *) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات التعايشية والسن.

ــ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات الاجتماعية والسن يساوي (0.06)، وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات الاجتماعية والسن.

ــ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات المعرفية والسن يساوي (0.06) وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات المعرفية والسن.

ــ معامل الارتباط بين بعد فاعلية الذات الانفعالية والسن يساوي (0.22)، وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد فاعلية الذات الانفعالية والسن.

ــ معامل الارتباط بين فاعلية الذات والسن يساوي (0.08)، وهي قيمة غير دالة، وهذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين فاعلية الذات والسن.

دلت نتائج هذا الجزء من الفرض على عدم وجود علاقة ارتباطية بين فاعلية الذات بأبعادها والسن، إلا في بعد فاعلية الذات التعايشية. واتفقت هذه النتائج مع دراسة قاريس وآخرون (Garys. C., B.A., & M.S., 1999) التي توصلوا فيها إلى أنه لا توجد علاقة واضحة بين فاعلية الذات والسن والجنس لدى المرضى المزمنين.

ويمكن تفسير ذلك من جهة أن جل أفراد العينة من كبار السن، وبالتالي فإن رؤيتهم إلى قدراتهم تختلف عن رؤية الشباب، ومن جهة أخرى إلى المستوى التعليمي الذي يلعب دورا هاما في فهم المقاييس، فوجد أن (53.20 %) من أفراد عينة الدراسة لم يفهموا المعنى الحقيقي للبنود المعبر عنها، بسبب مستواهم التعليمي المتدني.

رابعا ـ نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي .

وللتحقق من صحته هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) (T.Test) واختبار (ف)، وفيما يلي عرض للنتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية:

جدول رقم (20)

نتائج اختبار (ت) لحساب الفروق بين درجة التدين تبعا لاختلاف الجنس

المتغير	الذكور ن = 39		الإناث ن = 23		قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
	م	ع	م	ع			
السلوك الديني	245.43	21.22	248.13	26.65	ـ 0.44	60	غير دال

يتضح من الجدول رقم (20) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس، حيث بلغت قيمة (ت) (ــ0.44) وهي غير دالة إحصائيا، مما يؤدي إلى رفض هذا الجزء من الفرض.

واتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراستي (شعيب، علي محمود، 1985)، و(الشويعر، طريفة، 1989) في عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في درجاتهم على أبعاد مقياس الاتجاه الديني كما وكيفا.

كما اختلفت مع دراسة (حبيب، رضا رزق، 1988) الذي توصل فيها إلى أن البنين أكثر تديناً من البنات، ودراسة (الحجار، ورضوان، 2006) اللذان أثبتا فيها وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث المسلمين في مستوى التدين تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ودراسة (جنيد، أمال، 1994) التي خلصت فيها إلى تفوق الإناث على الذكور في القيم الدينية.

جدول رقم (21)

نتائج اختبار (ف) لحساب الفروق بين درجة التدين تبعا للمستوى التعليمي

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
سلوك التدين	بين المجموعات	3832.851	4	958.213	1.88	غير دال
	داخل المجموعات	29024.39	57	509.200		
	المجموع	32857.24	61			

يتضح من الجدول رقم (21) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية تبعا للمستوى التعليمي، حيث

بلغت قيمة (ف) (1.88) وهي غير دالة إحصائيا، مما يؤدي إلى رفض هذا الفرض.

ويبدو أن النتيجة في ذلك من وجهة نظر الباحث شيء طبيعي كون أن معظم أفراد العينة (53.20 %) مستواهم التعليمي متدني، فهم لم يتمكنوا من الحصول على قدر كافي من المعلومات الدينية والدراية الكافية بأمور دينهم، فنجدهم بحاجة إلى مساقات دينية تساعدهم على الفهم الصحيح لأمور دينهم.

خامسا ــ نتائج الفرض الخامس ومناقشتها.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) (T.Test) واختبـــار (ف)، وفيما يلي عرض للنتائج المتحصل عليها من المعالجة الإحصائية:

جدول رقم (22)

نتائج اختبار (ت) لحساب الفروق بين درجة فاعلية الذات بأبعادها تبعا لاختلاف الجنس

الأبعاد	الذكور ن = 39		الإناث ن = 23		قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
	م	ع	م	ع			
ف.التعايشية	40.25	6.86	42.21	6.11	ـ 1.13	60	غير دال
ف.الاجتماعية	44.64	6.84	42.65	6.75	1.11		غير دال
ف.المعرفية	33.51	5.62	31.13	6.54	1.51		غير دال
ف.الانفعالية	63.97	11.22	57.56	13.79	1.99		غير دال
الدرجة الكلية	128.38	24.04	173.56	24.24	1.39		غير دال

يتضح من الجدول رقم (22) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس، حيث بلغت قيمة (ت) (-1.13، 1.11، 1.51، 1.99، 1.39) وهي قيم غير دالة إحصائيا، مما يؤدي إلى رفض هذا الجزء من الفرض.

وهي تؤكد ما توصلت إليه دراسة قاريس وآخرون (Garys. C., B.A., & M.S., 1999) من أنه لا توجد علاقة واضحة بين فاعلية الذات والسن والجنس لدى المرضى المزمنين. أي أن الذكور والإناث درجة الفاعلية الذاتية لديهم لا تختلف بسبب انتمائهم إلى جنسين مختلفين، وهذا راجع ربما إلى كيفية تأثير اعتقادات أو ادراكات الفرد في فاعليته الذاتية، فكل منهما يؤمن ويثق في قدراته الذاتية على نحو ايجابي يجعله يكون ندا للجنس الآخر.

وكما رأينا في نتيجة الجزء الأول من الفرض الرابع إلى أن مستوى التدين لا يختلف باختلاف الجنس، وهذا يؤكد من خلال الإطار النظري للدراسة إلى أن فاعلية الذات هي شعور الفرد وإدراكه للقدرات التي يريد أن يمتلكها، سيوجهه نحو تبني وجهة معينة في حياته، وبما أن عامل الجنس ألغي هذه الفروق في درجة التدين، فالنتيجة الحتمية أن تلغى الفروق بين الجنسين في درجة الفاعلية الذاتية.

جدول رقم (23)

نتائج اختبار (ف) لحساب الفروق بين درجة فاعلية الذات بأبعادها تبعا للمستوى التعليمي

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
فاعلية الذات التعايشية	بين المجموعات	123.705	4	3.927	0.69	غير دال
	داخل المجموعات	2543.276	57	44.619		
	المجموع	2666.984	61			
فاعلية الذات الاجتماعية	بين المجموعات	56.654	4	14.164	0.29	غير دال
	داخل المجموعات	2782.765	57	48.820		
	المجموع	2839.419	61			
فاعلية الذات المعرفية	بين المجموعات	8.227	4	2.057	0.05	غير دال
	داخل المجموعات	2218.241	57	38.917		
	المجموع	2226.468	61			
فاعلية الذات الانفعالية	بين المجموعات	509.345	4	127.336	0.80	غير دال
	داخل المجموعات	9061.574	57	158.975		
	المجموع	9570.919	61			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1016.574	4	254.144	0.41	غير دال
	داخل المجموعات	35003.64	57	614.099		
	المجموع	36020.21	61			

يتضح من الجدول رقم (23) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة فاعلية الذات بأبعادها تبعا للمستوى التعليمي بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، حيث بلغت قيمة (ف) (0.69، 0.29، 0.05، 0.80، 0.41) وهي قيم غير دالة إحصائيا، مما يؤدي إلى رفض هذا الفرض.

ويبدو أن النتيجة في ذلك من وجهة نظر الباحث شيء طبيعي كون أن معظم أفراد العينة (53.20 %) مستواهم التعليمي متدني، فكما هو مبين في جدول توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي، نجد أن الأميين (24.20 %)،

والابتدائيين (14.50 %)، والمتوسطين (14.50 %)، فهم لم يتمكنوا من الحصول على قدر كافي من التعليم والدراية الكافية ، فنجدهم بحاجة إلى مساقات علمية تساعدهم على الفهم الصحيح للأمور.

وكما مر سابقا أن الفرد غير المتعلم يعتمد في علاجه على الخرافات بصورة أساسية، وهذا يؤثر على حالته الصحية، كما أن ثقته بنفسه ستكون ضعيفة، فنجد أن ذوي المستوى التعليمي المتدني يتمسكون بما يعتقد فيه الآباء والأجداد، وبالتالي يلغون قدراتهم الذاتية في مواجهة أي موقف في حياتهم، ويستسلمون للتواكل دون أن يقوموا بدور ايجابي للوقاية من المرض أو علاجه.

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة للبحث عن طبيعة العلاقة بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، و بعد تحليل و تفسير و مناقشة نتائج الفرضيات تم التوصل إلى التالي:

1 ــ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

2 ــ عدم وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين التدين بدين الإسلام والإزمان، في حين وجدت علاقة ارتباطية بين التدين بدين الإسلام والسن لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

3 ــ وجود علاقة ارتباطية جوهرية سالبة بين فاعلية الذات ببعديها ــ التعايشية / المعرفية ــ والإزمان والسن، وانعدام تلك العلاقة بالبعدين الآخرين ــ الاجتماعية / الانفعالية ــ لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية.

4 ــ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التدين بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

5 ــ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الذات بأبعادها بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

وبالرغم من النتائج المتوصل إليها فإنها تفتح في المستقبل مجالا للبحث عن أهم العوامل التي تساهم في رفع مستوى التدين لدى الأفراد في بيئتنا.

خاتمة:

بعد استعراض موضوع الدراسة أتضح جليا أن التدين بالدين الإسلامي الذي يكتسبه الفرد ضروري ومفيد، وخاصة لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية الذين يعانون من مشكلات صحية كثيرة ومعقدة، تستوجب عليهم الاعتصام بدين الله تعالى، ومحاولة الرفع من مستوى تدينهم لأنه عاصم لهم من مغبات الاضطرابات المرضية، فالتدين جد مهم لهؤلاء المرضى لأنه يرفع من معنوياتهم، ويساعدهم على التجلد بالصبر، وتحدي منغصات الحياة، والتأقلم مع معاناتهم، والرضا بما أصابهم، ومحاولة التعايش مع اضطراباتهم الصحية، ويساعدهم أيضا على غرس الثقة في نفوسهم، وتنمية وتجديد استراتيجيات المواجهة لديهم.

والدراسة الحالية تناولت علاقة التدين بفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، وخلصت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى (0.01) بين التدين بدين الإسلام وفاعلية الذات، ومنها تتضح الأهمية الكبرى للتدين، والدور الذي يلعبه في إرساء القواعد الصحية النافعة، القائمة على الدعامات المتينة، وهو الفيصل الفارق بين الصحة والمرض، وبفضله تبنى السلوكات الصحية، ويتبنى الأفراد سبل الوقاية من الأمراض بجميع أنواعها.

توصيات ومقترحات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإن الباحث يقدم التوصيات والمقترحات التالية:

أولا ــ التوصيات:

1 ــ ضرورة تحسيس المجتمع إلى أهمية ممارسة التدين قولا وفعلا.

2 ــ العمل على ربط المساقات الدينية والعلمية والأدبية بالتراث السيكولوجي.

3 ــ تصميم برامج إرشادية تؤدي إلى تعزيز سلوك التدين لدى مرضى القلب.

4 ــ إعداد بعض الأنشطة والتدريبات التي تساعد على تنمية فاعلية الذات لدى المرضى.

ثانيا ــ المقترحات:

يقترح الباحث مجموعة من البحوث والدراسات لإثراء المكتبة النفسية مثل:

1 ــ دراسة الصلوات المفروضة وعلاقتها بفاعلية الذات لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

2 ــ دراسة صلاة الصبح وعلاقتها بفاعلية الذات لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

3 ــ دراسة التدين بدين الإسلام وعلاقته ببعض سمات الشخصية.

4 ــ دراسة سلوك التدين وعلاقته ببعض أبعاد الصحة.

5 ــ دراسة المساقات الدينية و علاقتها بفاعلية الذات.

قائمة المراجع

أولا ــ المصادر:

1. *القرآن الكريم* برواية حفص.
2. ابن أبي شيبة، عبد الله بن محمد. (1989). *الكتاب المصنف في الأحاديث و الآثار* (ط. 1). بيروت: دار التاج.
3. ابن حبان، محمد أبو حاتم.(1996) *الإحسان بترتيب ابن حبان* ــ ترتيب ابن بلبان ــ (ط.2). بيروت: دار الكتب العلمية.
4. ابن خزيمة، محمد بن إسحاق. (1975). صحيح *ابن خزيمة* (ط.1). بيروت: دار المكتب الإسلامي.
5. ابن ماجه، محمد بن يزيد. (1954). *سنن ابن ماجه* (د. ط.). بيروت: دار الفكر.
6. أبو داود، سليمان بن الأشعث. (2001). *سنن أبي داود* (ط. 1). بيروت: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
7. أبو عوانة، يعقوب بن إسحاق. (1988). *المسند* (ط.1). بيروت: دار المعرفة.
8. أبو نعيم، أحمد بن عبد الله الأصبهاني. (1405 هــ) حلية *الأولياء وطبقات الأصفياء* (ط. 4). بيروت: دار الكتاب العربي.
9. أحمد، بن حنبل. (1983). *المسند* (ط. 4). بيروت: المكتب الإسلامي.
10. البخاري، محمد بن إسماعيل.(2004). صحيح *البخاري* (ط.1). القاهرة: دار ابن الهيثم.
11. البيهقي، أحمد بن الحسين.(1994). سنن *البيهقي* (د. ط.) مكة المكرمة: مكتبة دار الباز.
12. البيهقي، أحمد بن الحسين.(1410 هــ). شعب *الإيمان* (ط.1). بيروت: دار الكتب العلمية.
13. الجوهري، إسماعيل بن حماد. (1990). *الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية* (ط. 4). بيروت: دار العلم للملايين.

14. الحاكم، محمد بن عبد الله.(1990). *المستدرك على الصحيحين* (ط.1). بيروت: دار الكتب العلمية.
15. الخطيب البغدادي، أحمد بن علي.(2001). *تاريخ مدينة السلام و أخبار محدثيها و ذكر قطانها العلماء من غير أهلها ووارديها*(ط.1). بيروت: دار الغرب الإسلامي.
16. الدار قطني، علي بن عمر.(1996). سنن *الدار قطني* (ط.1). بيروت: دار الكتب العلمية ، .
17. الدارمي، عبد الله بن بهرام. (2000). سنن *الدارمي* (ط.1). المملكة العربية السعودية: دار المغني للنشر و التوزيع.
18. السخاوي، محمد بن عبد الرحمن. (1979). *المقاصد الحسنة في بيان كثير من الأحاديث المشتهرة على الألسنة* (ط.1). بيروت: دار الكتب العلمية.
19. الطبراني، سليمان بن أحمد. (1999). *المعجم الأوسط* (ط.1). عمان: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
20. الطبراني، سليمان بن أحمد.(د.ت.). *المعجم الكبير* (ط.2). بيروت: دار إحياء التراث العربي.
21. العقيلي، محمد بن عمر.(1984).*الضعفاء* (ط.1). بيروت: دار المكتبة العلمية.
22. القضاعي، محمد بن سلامة. (1986). مسند *الشهاب* (ط. 2). بيروت: مؤسسة الرسالة.
23. مالك، بن أنس. (د. ت.). *الموطأ* (د. ط). القاهرة: دار الكتاب المصري.
24. مسلم، بن الحجاج النيسابوري.(1972). صحيح مسلم (ط. 2). بيروت: دار إحياء التراث العربي.
25. النسائي، أحمد بن شعيب.(1991). سنن *النسائي* (ط.1). بيروت: دار المعرفة.

ثانيا ـــ المراجع باللغة العربية:

26. ابن باديس ، عبد الحميد. (1995) . *العقائد الإسلامية من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية* (ط. 1) الشارقة: دار الفتح
27. ابن قيم الجوزية، محمد بن أبي بكر. (1973). *مدارج السالكين بين منازل إياك نعبد وإياك نستعين*(ط. 2، م. 2). بيروت: دار الكتاب العربي.
28. ابن قيم الجوزية، محمد بن أبي بكر. (1995). *زاد المعاد في هدي خير العباد* (د. ط.). بيروت: دار الفكر.
29. ابن قيم الجوزية، محمد بن أبي بكر. (1998). *عدة الصابرين و ذخيرة الشاكرين* (ط. 1). دمشق: مكتبة دار البيان.
30. ابن قيم الجوزية، محمد بن أبي بكر. (1999). *إغاثة اللهفان من مصايد الشيطان* (د. ط.). بيروت: . دار بن زيدون.
31. أبو المجد، أيمن.(1999). *دليل الأسرة الذكية إلى أمراض القلب وشرايينه التاجية* (ط.1).القاهرة: دار الشروق.
32. أبو نعيم ، أحمد بن عبد الله الأصبهاني.(2006). موسوعة *الطب النبوي* (ط.1). بيروت: دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع.
33. إريك، فروم. (1977). *الدين والتحليل النفسي*. (فؤاد كامل، مترجم) (ط.1). القاهرة: مكتبة غريب للطباعة.
34. الأشول، عادل.(1979)، *علم النفس الاجتماعي*.(د. ط.). القاهرة: مكتبة أنجلو المصرية.
35. الألباني ، محمد ناصر الدين. (1995). *سلسلة الأحاديث الصحيحة وشيء من فقهها* (ط. 4، ج. 1). الرياض: مكتبة المعارف.
36. الألباني، محمد ناصر الدين. (1995). *سلسلة الأحاديث الصحيحة وشيء من فقهها* (ط.4، ج.4). الرياض: مكتبة المعارف.

37. بشار، محمد.(2005). *دليل العناية التمريضية في جراحة القلب المفتوح*(د. ط). دمشق: الرابطة السورية لأمراض وجراحة القلب.

38. بيدس، إميل خليل.(1998). *أمراضنا وكيفية معالجتها* (د. ط.). بيروت: دار الجيل.

39. بيرت، سيرل. (1985). علم *النفس الديني*.(سمير عبده، مترجم) (د. ط.). بيروت: دار الآفاق الجديدة.

40. جابر،عبد الحميد جابر.(1990). نظرية *الشخصية:البناء ــ الديناميات ــ النمو ــ طرق البحث ــ التقويم* (د. ط.).القاهرة: دار النهضة.

41. الجولاني، فادية عمر. (1998). *الأسرة العربية "تحليل اجتماعي لبناء الأسرة وتغيير اتجاهات الأجيال* (د. ط.).مصر: الإسكندرية للكتاب.

42. الخولي، سناء. وآخرون. (2003). *الأسرة العربية في وجه التحديات والمتغيرات المعاصرة* مؤتمر *الأبوة الأول* (ط.1). بيروت: دار ابن الحزم.

43. دراز، محمد عبد الله (د. ت.). *الدين :بحوث ممهدة لدراسة تاريخ الأديان* (د. ط.). الكويت: دار القلم.

44. الدردير،عبد المنعم أحمد.(2004).*دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي* (ط.1). القاهرة: عالم الكتب.

45. ديفيد، سون.(2005). *أمراض القلب والأوعية*. (محمد عبد الرحمن العينة: مترجم) (ط.1). دمشق: دار القدس للطباعة.

46. الذهبي ، محمد بن أحمد. (1984) *الطب النبوي* (ط. 1). بيروت: دار إحياء العلوم.

47. الذهبي ، محمد بن أحمد. (2004). *الطب النبوي* (ط. 1). بيروت : دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.

48. روبنشتاين، د.، واين، د. (2005). *الموجز الإرشادي عن الطب السريري*. (بيومي السباعي: مترجم) (د. ط.). بيروت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.

49. الزحيلي، محمد مصطفى. (2008). *الاعتدال في التدين: فكرا وسلوكا ومنهجا* (ط. 3). ليبيا: طرابلس، كلية الدعوة الإسلامية.
50. الزحيلي، محمد. (1991). *وظيفة الدين في الحياة وحاجة الناس إليه*، (ط. خاصة). جمعية الدعوة الإسلامية العالمية.
51. الزيات، فتحي محمد. (2001).*علم النفس المعرفي* (ط.1). مصر: دار النشر للجامعات.
52. زيدان، عبد الباقي. (1980). *الأسرة والطفولة* (د. ط.). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
53. سلوى، علي سليم. (1985). *الإسلام والضبط الاجتماعي* (ط.1). القاهرة: مكتبة وهبة.
54. سمك، محمد صالح. (1973). *فن التدريس للتربية الدينية وارتباطاتها النفسية* (د. ط.). القاهرة: مكتبة أنجلو المصرية.
55. السويد، عبد الرحمن(د.ت). *أمراض القلب الخلقية ومتلازمة داون* (د. ط.). منتدى الوراثة الطبية.
56. السيوطي ، عبد الرحمن بن الكمال. (1996). *الديباج شرح صحيح مسلم بن الحجاج* (ط. 1). المملكة العربية السعودية: دار ابن عفان للنشر والتوزيع.
57. الشويعر، طريفة سعود.(1408هـ). *الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي* (د. ط.). جدة: دار البيان للطباعة والنشر.
58. شيلي، تيلور. (2008) *علم النفس الصحي*. (وسام درويش بريك، وفوزي شاكر داود، مترجمون) (ط. 1). عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
59. الصنيع، صالح بن إبراهيم. (1999). *التدين علاج الجريمة* (ط.2). الرياض: مكتبة الرشد.
60. الصنّيع، صالح بن إبراهيم.(2002). *دراسات في علم النفس من منظور إسلامي* (د. ط.). السعودية: دار العلم للكتب.

61. الصنّيع، صالح بن إبراهيم. (2005). *التديّن والصحة النفسية* (ط. 2). الرياض: دار الفضيلة.
62. طعيمة، صابرة.(1994). *منهج الإسلام في تربية النشء وحمايته* (ط. 1). بيروت: دار الجيل.
63. عبد العزيز حسين،أسماء.(2002). *المدخل الميسر في الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط.1).الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر.
64. عثمان، يخلف. (2001). *علم نفس الصحة :الأسس النفسية والسلوكية للصحة* (ط.1). الدوحة: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
65. العيسوي، عبد الرحمن. (1994). *علم النفس الأسري وفقا للتصور الإسلامي* (د. ط.). دمشق: دار النهضة.
66. غايتون، وهول. (1997). *المرجع في الفيزيولوجيا الطبية*. (صادق الهلالي: مترجم) (د. ط.). بيروت: دار أكاديميا أنترناشيونال.
67. فرانك، سيفرين .(1978). *علم النفس الإنساني*. (طلعت منصور وعادل عزالدين وفيولا الببلاوي، مترجمون) (د. ط.). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
68. فرويد، سيجموند. (1982). *قلق في الحضارة*، (جورج طرابيشي، مترجم) (ط.3). بيروت: دار الطليعة.
69. فكتور، فرانكل. (1982). *الإنسان يبحث عن معنى: مقدمة في العلاج بالمعنى، التسامي بالنفس*. (طلعت منصور، مترجم) (ط.1). الكويت: دار القلم.
70. الفنجري، أحمد شوقي. (1991). *الطب الوقائي في الإسلام: تعاليم الإسلام الطبية في ضوء العلم الحديث* (ط. 3). مصر: مطابع الهيئة المصرية للكتاب.
71. فهمي، سمية. (1975). *الأسس النفسية للاتجاه الديني. الكتاب السنوي للجمعية المصرية للدراسات النفسية*، (د. ط.). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

72. القرضاوي، يوسف. (1977). *الإيمان والحياة* (د. ط.). بيروت: مؤسسة الرسالة.

73. قطب، سيد. (1983). *التربية الإسلامية في ظلال القرآن*. (جمع وإعداد عبد الله ياسين) (د. ط.). عمان: دار الأرقم.

74. كيث، د. وإيان، س. (2001). *الموجز الإرشادي عن طب القلب*. (عاطف أحمد بدوي: مترجم) (د. ط.).الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات العربية.

75. الكيلاني، نجيب. (1406هـ). *الصوم والصحة* (ط. 5). بيروت: مؤسسة الرسالة.

76. لجنة من الأطباء. (2002). *دليل الطبابة والصحة* (د. ط.). بيروت: دار الراتب الجامعية.

77. المحاسبي، حارث بن أسد. (1984). *آداب النفوس* (د. ط.). بيروت: دار الجيل.

78. المليجي، عبد المنعم. (1955). *الشعور الديني عند الطفل والمراهق* (د. ط.). *القاهرة:* دار المعارف.

79. المناوي، عبد الرؤوف. (1972). *فيض القدير شرح الجامع الصغير* (ط. 2). بيروت: دار المعرفة للنشر والطباعة.

80. المهدي، محمد عبد الفتاح. (2002). *سيكولوجية الدين والتدين* (ط.1). الإسكندرية: البيطاش للنشر والتوزيع.

81. موسى، رشاد عبد العزيز.(1993). *أثر التدين على الاكتئاب النفسي* (د. ط.). القاهرة: مؤسسة مختار.

82. موسى، رشاد. (1994). علم *النفس الديني* (د. ط.). القاهرة: دار المعرفة.

83. موسى، رشاد. (1999). علم *النفس الدعوة بين النظرية والتطبيق* (د. ط.). القاهرة: دار المعرفة.

84. نجاتي، محمد عثمان. (2001). *الحديث النبوي وعلم النفس* (ط. 7). القاهرة: دار الشروق.
85. نجاتي، محمد عثمان. (1986). *القرآن وعلم النفس* (ط. 2). القاهرة: دار الشروق.
86. نجاتي، محمد عثمان. (2001). *القرآن وعلم النفس* (ط. 7). القاهرة: دار الشروق.
87. النجار، عبد المجيد. (1989). *فقه التدين فهما* وتنزيلا (ط. 1). قطر: مركز المحاكم الشرعية والشؤون الدينية.
88. النووي، (1994). صحيح *مسلم بشرح النووي* (ط. 2). مؤسسة قرطبة.
89. وجدي، محمد فريد. (1977). مقدمة *المصحف الميسر*. (د. ط.). القاهرة: كتاب الشعب.

ثالثا ــ الرسائل و الدراسات باللغة العربية:

90. إبراهيمي، شبلي. (2009). التوجه نحو التدين وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى الطلبة الجامعة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة *الجزائر*، الجزائر.
91. أبو سوسو، سعيدة. (1989). أثر التدّين على المخاوف لدى طالبات المرحلة الجامعية. مجلة *كلية الدراسات الإنسانية*، جامعة الأزهر.
92. أبو هاشم، السيد محمد.(1994). أثر الأغذية الراجعة على فاعلية الذات. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية *التربية*. جامعة عين الشمس.
93. بدر، أمل محمد. (1418هــ). بعض سمات الشخصية في ضوء مستوى السلوك الديني. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية *التربية*. جامعة الملك سعود.
94. البنا، إسعاد عبد العظيم. (1990). دور الأدعية والأذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج النفسي الديني. *المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر* (ج. 1). الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

95. تركي، مصطفى أحمد. (1978). العلاقة بين التدين وبين العصابية والانبساط والثقة بالنفس والدافعية للإنجاز والمرونة عند طلبة الجامعة. *ندوة علم النفس والإسلام، كلية التربية*. جامعة الرياض .

96. الجاسر، البندري عبد الرحمن.(2008).الذكاء وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول – الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة *أم القرى*.

97. الجميلي، حكمت عبد الله. (2001). الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلاب جامعة صنعاء. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة *صنعاء*.

98. جنيد، منال. (1994). *التكيف القيمي*. رسالة ماجستير غير منشـــورة، كلية *التربية*. جامعة دمشق.

99. الحجار، بشير إبراهيم، ورضوان، عبد الكريم سعيد.(2006). التوجه نحو التدين لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة. *مجلة الجامعة الإسلامية*، سلسلة الدراسات الإنسانية. (م. 14)، (1) 269- 289.

100. حسن، كريمة محمود.(1987) الاتجاه الديني وعلاقته بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى طلاب الجامعة من الريف والحضر. ماجستير غير منشورة. تربية *المنوفية*.

101. الخراز، عبد الله بن محمد ومنصور بن سفر الزهراني. (1412هـ). العلاقة بين التدين والصحة النفسية . بحث غير منشور. قسم علم النفس . *كلية العلوم الاجتماعية بالرياض*. جامعة الإمام.

102. درويش، محمد. (أغسطس، 1995). مدى فعالية العلاج الديني في تخفيض القلق لدى الطلاب. كلية *التربية*. (51). جامعة الأزهر.

103. الدويرعات، سليمان بن علي. (1417هـ). السلوك الأخلاقي وعلاقته بالصحة النفسية من المنظور الإسلامي: دراسة ارتباطية على الطلبة الجامعيين في مدينة الرياض. رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس. *كلية العلوم الاجتماعية* . جامعة الإمام. الرياض.

104. الذهبي، محمد حسين. (1975). الدين والتدين. *مجلة البحوث الإسلامية*، (م. 1)، (1)، رئاسة إدارات البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد.

105. زعطوط، رمضان. (2005). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمنين. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة ورقلة*.

106. الشرقاوي، مصطفى خليل. (1985). الحس الديني لدى العصابيين والعاديين في مرحلة المراهقة. *مجلة كلية التربية* (5). جامعة الأزهر.

107. الشعراوي، علاء محمود. (2000). فاعلية الذات وعلاقتها ببعض متغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية. *مجلة كلية التربية*. جامعة المنصورة.

108. شعيب، علي محمود. (1985). بعض محددات الاتجاه الديني لدى طلاب و طالبات الجامعة. *الكتاب السنوي في التربية وعلم النفس*. (14). القاهرة: دار الكتاب الفكر العربي.

109. الشويعر، طريفة سعود. .(1409هـ). الالتزام الديني في الإسلام وعلاقته بقلق الموت. رسالة دكتوراه غير منشورة. *كلية التربية للبنات بجدة*. الرئاسة العامة لتعليم البنات.

110. صالح،عواطف حسين.(1993). الفاعلية الذاتية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى الشباب الجامعي. *مجلة كلية التربية*. جامعة المنصورة (23)، 461.

111. الصنيع ، صالح بن إبراهيم. (1422هـ). العلاقة بين التدين والقلق العام لدى عينة من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض. مجلة جامعة *الملك* سعود، (م. 14)، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية، ص207 – 234.

112. الطائي، نزار مهدي. (1992). الاتجاه نحو الدين وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى عينة من الطلبة الجامعيين في الكويت. *حوليات كلية الآداب*(ح. 12) الرسالة 77.

113. الطاهرة، محمود. (2004). التّدين في العلاقات الزوجية والتوافق الزواجي. *دراسات نفسية*، (م. 14)، (04).

114. الطراونة ، نايف سالم. (2005). أثر برنامج إرشادي جمعي عقلاني ــ انفعالي معرفي في تحسين مستوى دافعية الإنجاز وفعالية الذات المدركة والمعدل التراكمي لدى طلبة جامعة مؤتة ذوي التحصيل المتدني. رسالة دكتوراه غير منشورة، *الجامعة الأردنية*.

115. عبد الفتاح، عبد المنصف محمود. (1994). الشباب بين التدين والتطرف، *مجلة الأزهر*، (ج. 1)، ص.42.

116. العبدلي، سعد بن حامد. (2009). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بكل من فاعلية الذات والتوافق الزواجي لدى عينة من المعلمين المتزوجين بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة، *جامعة أم القرى*، مكة المكرمة.

117. عبد القادر، أشرف أحمد. (1986). القيم الدينية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها ببعض سمات الشخصية. رسالة ماجستير غير منشورة. *كلية التربية*. جامعة الزقازيق فرع بنها.

118. العتيبي، بندر بن محمد. (2009). اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات و المساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف. رسالة ماجستير غير منشورة، *جامعة أم القرى*، مكة المكرمة.

119. العدل، عادل. (2001). تحليل المسار للعلاقة بين مكونات القدرة على المشكلات الاجتماعية وكل من فعالية الذات و الاتجاه نحو المخاطرة. *مجلة كلية التربية*، جامعة عين شمس، (ج. 1)، العدد (25). ص. 121-178.

120. عدودة، صليحة. (2009). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. رسالة ماجستير غير منشورة، *جامعة باتنة*، الجزائر.

121. عرقسوسي، محمد أيمن محمد خير.(1412). أثر الاسترخاء والرقية الدينية في علاج ضغط الدم الأساسي. رسالة دكتوراه غير منشورة. *قسم علم النفس*، جامعة الخرطوم.

122. العزب، محمد سامح. (2004). الأنشطة المدرسية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى تلاميذ الصف الثاني الإعدادي. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة القاهرة*.

123. عزوز، إسمهان. (2009). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة باتنة*. الجزائر.

124. عليوة، سمية. (2007). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة محمد خيضر بسكرة*. الجزائر.

125. عمران، لخضر. (2009). الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين: دراسة ميدانية بالمستشفى النهاري لمرض السكري بوادي العثمانية. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة باتنة*. الجزائر.

126. عنّو، عزيزة. (2005). مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية على الاكتئاب الإستجابي لدى طالبات الجامعـــة. رسالة دكتوراه غير منشورة. *جامعة الجزائر*.

127. الفرماوي، حمدي علي. (1990). توقعات الفاعلية الذاتية وسمات الشخصية لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية*. جامعة المنصورة. 2(14) 372.

128. قارة، سعيد. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة باتنة*. الجزائر.

129. القدرة، موسى صبحي موسى. (2007). الذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقته بالتدين وبعض المتغيرات. رسالة ماجستير. *الجامعة الإسلامية غزة*. فلسطين.

130. القص، صليحة. (2009). سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل. ــ تازولت ــ: دراسة ميدانية في علم الأوبئة السلوكية. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة باتنة*. الجزائر.

131. القعيب، سعد بن مسفر. (2003). التدين والتوافق الاجتماعي لطالب الجامعة: دراسة وصفية مطبقة على عينة مختارة من طلاب جامعة الملك سعود. *مجلة جامعة الملك سعود* (م. 16) الآداب (1)،ص. 51-99.

132. الكندري، يوسف.(2002). التدين وعلاقته بضغط الدم لدى الكويتيين. *مجلة علم الاجتماع الحيوي*. (م. 14 /3). ص. 463-472.

133. المحيش، على بن إبراهيم.(1419هــ). الالتزام الديني وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب كلية التربية جامعة الملك فيصل. رسالة ماجستير غير منشورة . *كلية التربية*. جامعة الملك فيصل.

134. المزروع، ليلى بنت عبد الله. (2007، ديسمبر)، فاعلية الذات وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز والذكاء الوجداني لدى عينات من طالبات جامعة أم القرى. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*. 8(4).ص. 67-89.

135. المشيخي، غالب بن محمد. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف.رسالة دكتوراه غير منشورة، *جامعة أم القرى*، مكة المكرمة.

136. منظمة الصحة العالمية، (2009 أيلول / سبتمبر). *صحيفة وقائع* (317).

137. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض متوسط. (1992). ص. 2.

138. المهاجري، فاطمة عبد الحق. (1409هـ). السلوك الديني في الإسلام وعلاقته بمفهوم الذات لدى طالبات جامعة أم القرى. *كلية التربية*. جامعة أم القرى. مكة المكرمة.

139. نصيف، حكمت عبد الله. (2001). الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلاب جامعة صنعاء. رسالة ماجستير، *جامعة صنعاء*. اليمن.

140. النفيعي، فؤاد بن معتوق. (2009). المهارات الاجتماعية وفاعلية الذات لدى عينة من المتفوقين والعاديين من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة جدة. رسالة ماجستير غير منشورة. *جامعة أم القرى*. مكة المكرمة.

141. وُورقية، عبد الرزاق. (2008). التدين والتحضر نحو تواصل إيجابي. *مجلة حراء* (العدد12) (السنة 3، يوليو ــ سبتمبر). ص. 42-47.

رابعا ــ المراجع باللغة الأجنبية:

142. Bandura, A. (1997). *Self Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. freeman.

143. Bandura, A. (1986) .*social foundations of thought and action :Asocial cognitive theory*. New York: Prentice Hall.

144. Dale A. Matthews. (1998). *The Faith Factor: Proof of the Healing Power of Prayer*. New York: Viking.

145. Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). *Text Book of Medical Physiology*. Amsterdam: Elsevier Inc.

146. Jung, C.G. (1969). *Psychology and Religion: West and East (the collected works)*, Second Edition,(Eleven), London: Routledge & Kegan Paul.

147. Martin, John, E. & Carlson, C. R.(1988). *Spiritual Dimensions of Health Psychology. In Behavior Therapy*

and Religion. (Miller, W. R. & Martin, J. E. Editor). Newbury Park: Sage Publication.

148. Ross &Wilson., (2004).*Anatomy and Physiologyin Health and Illness.* UK: Churchill Livingstone.

149. Schumaker, John, F. (Editor), (1992). *Religion and Mental Health*, New York: Oxford University Press.

150. Seeley, S. (2004). *Anatomy and Physiology*. Sixth Edition, New York: The McGraw−Hill Companies.

151. *The American Heritage Dictionary*, (1982). Second College , Boston: Houghton Mifflin company.

152. Vernon, G. (1962). *Sociology of Religion*. New York: Mc Graw-Hill Book Company, Inc.

خامسا ــ الرسائل و الدراسات باللغة الأجنبية:

153. Adlaf, E. . & Smart,R. (1985). Drug use and Religious Affiliation, Feelings and behavior. *British Journal of Addiction*, 80, 163-171.

154. AL-Kandar, Yousef. The impact of Religion on men's Blood pressure, *Journal of Religion and Health*, 28 (4).

155. AL-Kandar. Yousef, Y. (2003). Religiosity and its Relation to blood pressure. *Journal of Biosocial Science*, 35 (03), 463 -472.

156. ANAES,(*Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*). (2004). Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. France: SERVICE ÉVALUATION EN SANTÉ PUBLIQUE.

157. Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward, A unifying Theory of Behavior Change. *Journal of Psychological Review*, 84(2), 191-215.

158. Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *Journal of American Psychologist*, 37 (2),122 – 147.

159. Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory, *Journal of American psychologist*, 44 (9). 1175- 1184.
160. Bandura, A. (1991). Self – Efficacy conception of Anxiety and self-focused Attention, *Journal of Personality & Social Psychology* ; 60 (5), 89 – 110.
161. Bandura, A.(1999). A Social cognitive Analysis of Substance Abuse: An Agentic perspective. *psychological science* , 10 (3), 214 – 217.
162. Barro, Robert, J. & Rachel, M. McCleary. (2003).Religion and Economic Growth across Countries, *American Sociological Review*,68,760-781.
163. Bergin, Allen, E. (1983). Religiosity and Mental Health: A Critical Reevaluation and Meta – analysis, *Professional Psychology: Research and Practice*,14 (2), 170-184.
164. Capps,& Donald, (1985). Religion and Psychological well-Being. In The Sacred in a Secular Age: Toward Revision in The Scientific study of Religion, (P.E. Hammond. Berkeley, Editor) *University of California Press*.
165. Clarke, L., Beeghley, L. & Cochran,J.(1990). Religiosity, Social Class, and Alcohol Use: An Application of Reference Group Theory. *Sociological Perspective*,33 (2), 201 - 218.
166. Corijn, M. (2001). Transition to Adulthood in Flanders (Belgium). 103-130 in Transition in Adulthood in Europe, (Corij, M. & Klijzing, E.) *Kluwer Academic Publisher*.
167. Cynthia, L. & Bobko, P. (1994).Self Efficacy Beliefs-comparison of measures . *Journal of Applied psychology*, 79, 364- 369.
168. Cynthia,A. & Paul, j. (1995). The relationship between religion and adjustment to coliege. *journal of college student development*, 36(5), 406 - 412.

169. Dull, V.T. & Skokan, I. A. (1995). A Cognitive Model of Religion's Influence On Health. *Journal of Social* ,51, 49–64.
170. Ferraro, K. & Koch,J. (1994). Religion and Health Among Black and white Adults: Examining Social Support and consolation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33 (4), 362 - 375.
171. Frankel, B. G. & Hewitt, W. E.,(1994). Religion and Well - Being among Canadian University Students: The Role of Faith Group on Campus, *Journal for The Scientific Study of Religion*,33 (1), 62 - 73.
172. Gartner, J., Larson, D. & Allen, G. (1991). Religious Commitment and Mental Health: A Review of the Empirical Literature. *Journal of psychology and Theology*, 19 (1), 6-25.
173. GARY S. CHONG, B.A., M.S. (1999). CHRONIC PAIN AND SELF-EFFICACY: THE EFFECTS OF GENDER, CHRONICITY, AND AGE. *Faculty of Texas Tech University*.
174. George, A. & Mcnamara, P. (1984). Religion, Race and Psychological Well - Being. *Journal for the Scientific study of Religion*, 23 (4),351-361.
175. Gilbert, K., (1992). Religion as a Resource for Bereaved Parents. *Journal of Religion and Health*, 31 (1), 19 - 30.
176. Goldman, L., Cook, E.F.(1984). The decline in ischemic heart disease mortality rates. *Annals of Internal Medicine*, 101,825-836.
177. Habib, Rida Rezk, (1988)Religiosity and it's relationship to Self - concept, locus of control and dogmatic, Ph.D., *University of Southern California*, August.
178. Hadaway, C., Elifson, K.& Petersen, D.(1984). Religious involvement and drug Use among Urban Adolescents. *Journal for Scientific Study of Religion*,23 (2), 109 – 128.

179. Heath, D., (1993). Personality Roots of Well - Being, Religiosity, and its Handmaiden–Virtue. *Journal of Religion and Health*, 32 (4), 237-251.
180. Humphrey, J., Leslie,P. & Brittain ,J.(1989). Religious participation, Southern University Women, and Abstinence, *Deviant behavior*,10(2), 145 – 155.
181. Koenig, H. G. & al. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern medical journal*, 97 (12), 1194-1195.
182. Larson, D, H., Koenig, B., Kaplane, R., Greenberg, E., & Logue, H., Tyroley. (1989) . The impact of Religion on men's Blood pressure. *Journal of Religion and Health*, 28 (4), 265-278.
183. Mcgill, HC, Jr., Mcmahan, CA., Zieske, AW .& al. (2000). Associations of coronary heart disease risk factors with the intermediate lesion of atherosclerosis in youth. The Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) Research Group. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol*, 20, 1998–2004.
184. Michello, J. A., (1988) Spiritual and Emotional Determinants of Health, *Journal of Religion and Health*, 27 (1), 64-68.
185. Myers, Scott; M. (1996). An Interactive Model of Religiosity Inheritance: The Importance of Family Context. *American Sociological Review*, 61,858-866.
186. Nelson, P.B. (1989). Ethnic Differences in Intrinsic Extrinsic Religious orientation and Depression in the Elderly, *Archives of Psychiatric Nursing*,3 (4), 199 - 204 .
187. Pargament, K., Ishler, E., Dubow, P., Stanick, R., Rouiller, P., Crowe, E., Cullman, M., Albert ,B., & Royster.(1994). Methos of Religious Coping with the Gulf war: Cross - Sectional and Longitudinal analyses, *Journal for the Scientific study of Religion*, 33 (4), 347 – 361.

188. Poulter, N. (1999). Coronary heart disease is a multifactorial disease. *American Journal of Hypertension*, 12(10, supp.1), 92-95.
189. Rainwater, DL., McMahan, CA., Malcom, GT., Scheer, WD., Roheim,PS., McGill, HC Jr. & Strong, JP. (1999). Lipid and apolipoprotein predictors of atherosclerosis in youth: apolipoprotein concentrations do not materially improve prediction of arterial lesions in PDAY subjects. The PDAY Research Group. *Arterioscler Thromb Vasc. Biol*, (19), 753-761.
190. Rohrbaugh, J. & Jessar,R. (1975, March). Religiosity in Youth: A personal Control against deviant behavior. *Journal of Personality*, 43 (1), 136 – 155.
191. Ross, C. E.(1990). Religion and Psychological distress, *Journal for The Scientific Study of Religion, 29* (2), 236 - 245.
192. Schaefer, C. A. and R. L. Gorsuch, (1993) Situational and Personal Variations in Religious Coping, *Journal for the Scientific study of Religion, 32* (2), pp. 136 - 147.
193. Shaver, P., Lenauer, M. & Sadd, S.(1980), Religiousness, Conversion, and subjective well - Being: The "Health - Minded" Religion of modern American Women. *American Journal Psychiatry,137* (12), 1563 – 1568.
194. Stack, S. & Wassermon, I.(1992). The Effect of Religion on suicide Ideology: An Analysis of the Networks perspective. *Journal for the Scientific study of Religion*,31 (4), 457 – 464.
195. Stack, S. & Kanavy, M. (1983). The Effect of Religion on forcible Rape: A Structural Analysis, *Journal for The scientific study of Religion*, 22 (1), 67-74.
196. Stack, S., Wasserman,I. & Kposowa,A., (1994). The Effects of Religion and Feminism on suicide Ideology: An analysis on national survey Data. *Journal for the scientific study of Religion*, 33 (2), 110 - 121.

197. *United States* (1999). Chronic Disease Overview United States Government. Retrieved on 2007-02-07.
198. Wang, TJ., Gona, P., Larson MG, Tofler, GH., Levy, D., Newton-Cheh, C., Jacques, PF., Rifai, N., Selhub, J., Robins, SJ., Benjamin, EJ., D'Agostino, RB., Vasan, RS. (2006). "Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death". *The New England Journal of Medicine*. 355 (25) 2631–2639

الملاحق

ملحق مقياس السلوك الديني إعداد موسى صبحي موسى القدرة (2007)

تعليمات: سنقدم لك في هذا الاختبار، مجموعة من المفردات المختلفة التي تشير إلى سلوكيات أو معلومات معينة، المطلوب منك قراءة كل مفردة باهتمام، وتقـــوم باختيار إجابة واحدة من الإجابات الخمسة التالية الموضحة أمام كل مفردة بحيث تعبر الإجابة عن وجهة نظرك، وعندئذ ضع علامة (X) أمام الإجابة التي تناسبك بدقة، علمًا بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هـــي التي تعبر عن وجهة نظرك بدقة، وإجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها سوى الباحث لاستخدامها في البحث العلمي.

الجنس: ذكر ــ أنثى. / **السن** : ....سنة . / **مدة المرض** : ....سنة .... شهرا.

المستوى التعليمي : (أمي) (ابتدائي) (متوسط) (ثانوي) (جامعي).

الرقم	المفردات	تنطبق علي تماما	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي أحيانا	تنطبق علي قليلا	لا تنطبق علي إطلاقا
1	أؤدي صلاتي بخشوع.					
2	أقوم بأداء الصلاة لأنني أعتدت القيام بها.					
3	أحصل على العناية الإلهية بعد أدائي للصلاة.					
4	أشعر باطمئنان عندما أصلي.					
5	أحافظ على أداء الصلاة في أوقاتها.					
6	أصلي الفرائض في جماعة.					
7	أحرص على أداء صلاة الفجر في وقتها.					
8	أحرص على أداء صلاة النوافل.					
9	أبتعد عن الغيبة و النميمة.					
10	أحافظ على إخراج زكاة الفطر لتطهير صيامي.					
11	أتصدق على ذوي الحاجة من أصدقائي.					

					أحافظ على زيارة بيوت الفقراء لمساعدتهم سرًا.	12
					أحافظ على صلة الرحم.	13
					أصل من قطعني.	14
					أصوم رمضان لأنني قادر على الصيام.	15
					أحافظ علي صيامي لكي لا يحدث له ما يفسده.	16
					أتطوع بصوم النوافل.	17
					أجتهد في عبادات التطوع في رمضان.	18
					أرحم الصغير وأوقر الكبير.	19
					أحافظ على قضاء ما أفطرته بعذر من رمضان.	20
					أفكر في أداء فريضة الحج.	21
					أحاول أن تكون لدي فكرة كافية عن مناسك الحج والعمرة.	22
					أسعى لأداء عمرة لبيت الله الحرام.	23
					أدعو الله في الرخاء كما أدعوه في الشدة.	24
					أحافظ على ورد الدعاء المأثور بعد كل فريضة.	25
					أدعو الله للمسلمين بالنصر والخير.	26
					أداوم على ذكر الله وأستثمر وقت الفراغ في الطاعات.	27
					أدعو الله عقب كل صلاة.	28
					أُطيع والدي في كل الأمور والمواقف إلا الشرك بالله.	29
					أحسن العلاقة والمعاملة مع أصدقاء والدي برًا بهما.	30
					أزور المرضى.	31
					أحترم جيراني وأحافظ على حقوقهم.	32
					أتحاشى كل ما يؤذي الجيران.	33
					أتواصل مع جيراني في السراء والضراء.	34
					أحرص على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.	35
					أحاول تغيير المنكر حسب استطاعتي.	36
					أصدع بقول الحق ولا أخشى في الله لومه لائم.	37
					أحب الله عز وجل وأتقرب إليه بالطاعات.	38

39	أحب النبي محمد e أكثر من حبي لنفسي.					
40	أحث من حولي على العمل بما يرضي الله عز وجل.					
41	أندم على ما فعلت من معصية ولو كانت صغيرة.					
42	أحاسب نفسي قبل أن يحاسبني الله.					
43	أحرص على معالجة ذنوبي بالتوبة أولا بأول.					
44	أدعو من الله التوفيق عندما أقدم على أي عمل.					
45	أستعين بالله عند أي مهمة أقوم بها.					
46	أستخير الله في المفاضلة بين أمرين.					
47	أحرص على أن أكون صادقًا في كل معاملاتي.					
48	أُؤدي الأمانات إلى أهلها.					
49	أسعى للإصلاح بين الأفراد المتنازعين.					
50	أُحسن لمن أساء إلي.					
51	أحسن الظن بالآخرين.					
52	أتسامح مع المخطئين بحقي رغم مقدرتي على عقابهم					
53	أحب الخير للآخرين والتوفيق لهم.					
54	أدعو الله أن يرزقني رزقًا حلالا.					
55	أحرص على رد التحية بأحسن منها.					
56	أُحسن السمع للمتنازعين إذا حكمت بينهم.					
57	أحافظ على قراءة الورد اليومي من القرآن الكريم.					
58	أصبر على الضراء والمحن التي تصيبني.					
59	أحافظ على الوفاء بالوعد.					
60	أُميط الأذى عن الطريق.					

ملحق مقياس فاعلية الذات إعداد نادية سراج جان (2000).

فيما يلي عدد من العبارات التي تصف طرقا مختلفة في التفكير أو الشعور أو السلوك، والمطلوب قراءة كل عبارة ثم التأشير بعلامة (X) في الخانة المناسبة على العبارة التي تتفق مع طريقة تفكيرك أو شعورك أو سلوكك.

تذكر أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة. فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر بصدق عما قمت به فعلا، كما أنه ليس للمقياس زمن محدد ولكن حاول الإجابة بدقة وسرعة ولا تترك أي عبارة دون إجابة، فإن الإجابة تستخدم لأغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها سوى الباحث.

الجنس: ذكر ــ أنثى. / **السن:** ....سنة. / **مدة المرض:** ....سنة .... شهرا.

المستوى التعليمي: (أمي) (ابتدائي) (متوسط) (ثانوي) (جامعي).

الرقم	البند	دائما	كثيرا	لا أدري	أحيانا	نادرا
1	أستطيع النظر إلى المشكلات بموضوعية.					
2	إذا بدا لي أن المهمة صعبة فإنني أتجنب القيام بها.					
3	عندما يتحتم علي القيام بعمل ما لا أحبه فإنني أتمكن من الاستمرار فيه حتى أنهيه.					
4	من الصعب علي التحدث مع فرد لا أعرفه.					
5	أستطيع تكوين علاقات قوية مع من أرغب في صداقته.					
6	عندما أقوم بعمل ما فإنني أهتم بإنجازه على أفضل وجه.					
7	أبذل أقصى ما في وسعي لتحقيق أهدافي.					
8	أستطيع المحافظة على علاقاتي بأصدقائي.					
9	يفقدني الانفعال القدرة على التركيز.					
10	عندما تواجهني مشكلة غير متوقعة فإنني أتمكن من التفكير في عدد من الحلول الممكنة لها.					
11	يمكنني تغيير مجرى الحديث بلباقة إذا كان الموضوع لا يروقني.					
12	استطيع منع نفسي من مقاطعة المتحدث حتى لو كان لدي شيء ملح أود قوله					
13	أستطيع الاستمرار في القيام بالعمل مهما واجهت من الصعوبات في أثناء					

	أدائه.					
14	أستطيع التعبير عن مشاعري دون أن أشعر بإحراج.					
15	أجد صعوبة في إقناع الآخرين بوجهة نظري.					
16	عادة لا أثق بقدرتي في الحكم على الأمور.					
17	عندما يسيطر علي الحزن فإنني لا أستطيع التخلص منه.					
18	أستطيع أن أتنفس بهدوء واعتدال في المواقف المثيرة أو المخيفة.					
19	عندما أخفق في أداء عمل في المرة الأولى فإنني استمر في المحاولة حتى أنجح.					
20	أجد صعوبة في تسوية الخلافات بيني وبين الآخرين.					
21	لا أستطيع التحكم في دموعي عندما تواجهني مواقف محبطة.					
22	لا أجد صعوبة في تكوين الصداقات.					
23	أستطيع التركيز حتى بوجود ضجة (فوضى) حولي.					
24	لا أفرض نفسي على الآخرين.					
25	كثيرا ما أترك عملي قبل أن أنهيه.					
26	عندما أركز على موضوع معين فإنني أجد صعوبة في استيعاب الأمور الأخرى التي تجري في نفس الوقت.					
27	أتجنب تعلم الأشياء الجديدة حينما تبدو لي صعبة.					
28	لا أستطيع منع نفسي من التفكير في أمور محزنة حدثت في الماضي.					
29	من الصعب علي استرداد هدوئي بعد مواجهتي لموقف مثير أو مخيف.					
30	أستطيع الانطلاق و الاستمتاع مع الناس في المناسبات الاجتماعية.					
31	أشعر أنني قادر على التعامل مع معظم المشكلات التي أواجهها في حياتي.					
32	كثيرا ما يدفعني الحماس إلى التصرف بدون تفكير في العواقب.					
33	يمكنني الاهتمام بعملين في وقت واحد.					
34	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.					
35	عندما أكون منشغل بأمر ما فإنني أجد صعوبة في الاستسلام للنوم.					
36	أحتاج إلى مساعدة الآخرين لإنجاز أعمالي.					
37	احتفظ بهدوء أعصابي حين استشعر الإهانة.					
38	من السهل علي المشاركة في الأنشطة الاجتماعية (كالحفلات، والمناسبات..)					
39	عندما أغضب فإنني أفقد السيطرة على غضبي.					

40	لا أجيد إدارة الحوار مع مجموعة من الأشخاص في الوقت نفسه.					
41	أجد صعوبة في طرد الأفكار المزعجة من ذهني.					
42	أتمكن من المحافظة على هدوء أعصابي حتى لو كان من حولي في حالة عصبية.					
43	عندما أضع خطة فإنني أنفذها.					
44	أتمكن من التحلي بالشجاعة حتى إذا كان من حولي مذعورين.					
45	يمكنني إخفاء فرحي إذا أردت.					
46	أستطيع أن اجعل جسمي يسترخي و يرتاح عندما أشعر بالتوتر.					
47	أستطيع طمأنة نفسي في مواجهة المواقف الخطرة.					
48	من السهل استئناف العلاقات الودية إثر جدال مع الآخرين.					
49	أستطيع منع نفسي من القيام بحركات عصبية عندما أكون متوترا (قضم الأظافر...).					
50	إذا تلقيت خبرا سيئا وأنا مع مجموعة من الناس فإنني أتمكن من إخفاء مشاعري.					
51	عندما أخفق في عمل شيء فإنني أستطيع التغلب على مشاعر الإحباط.					
52	أستطيع الظهور بشكل متماسك أمام الآخرين حتى لو كنت مضطربا داخليا.					
53	أتمكن من التصرف بعقلانية في المواقف المفزعة.					
54	من الصعب علي تهدئة نفسي عندما أشعر بالقلق.					